

**BENEFICIOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA  
AUMENTATIVO DE COMUNICACIÓN EN UN PACIENTE  
CON PSP-PAGF**

**BENEFITS OF THE IMPLANTATION OF AN  
AUGMENTATIVE COMMUNICATION SYSTEM IN A  
PATIENT WITH PSP-PAGF**

**Autora:** Susana García Pinedo.

**Directora:** Ángela Ezquerro Diego.

**Titulación:** Grado en Logopedia.

**Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**

**Fecha de entrega:** 21 de junio de 2017

## AGRADECIMIENTOS

*A Roberto, por haberme regalado su tiempo de una manera tan desinteresada y humana, por la confianza que ha tenido en mí en todo momento y por su humildad. Me ha enseñado lo importante de disfrutar cada segundo de la vida con una sonrisa en la cara. Siempre será él quien me ayudó a comenzar esta aventura tan emocionante. Los martes por la tarde nunca caerán en el olvido... Gracias por tanto.*

*Gracias a Eva, porque ha sido desde el principio un ejemplo de fortaleza, tesón, esfuerzo y dedicación. Sin ella, todo esto no hubiera podido adquirir tal sentido.*

*A la persona que me ha acompañado durante todo este camino, revelándome con generosidad sus trucos, enseñándome su magia. Es para mí todo un ejemplo a seguir. Por tu incesable ayuda, eternamente gracias, Ángela.*

*A mis compañeras de equipo PRODA, por todo su trabajo y por haberme regalado el honor de trabajar con ellas. Y a Sonia, por el incansable empeño que pone cada día para que todo esto sea posible, para que podamos tener experiencias tan inolvidables como esta.*

*Por último, a toda mi familia, y en especial a mis padres, mis abuelos y mi hermana. A Carlos, pues todo empezó con él. Gracias por enseñarme la importancia de disfrutar del paisaje mientras se camina hacia el frente.*

*Gracias, gracias y gracias.*

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. HIPÓTESIS .....	14
3. OBJETIVOS .....	15
4. METODOLOGÍA.....	15
4.1 Sujeto de estudio.....	15
4.2 Diseño de estudio .....	17
4.3 Etapas del trabajo y distribución de tareas .....	17
4.3.1 Valoración inicial y toma de decisiones sobre el SAAC: material y métodos. ..	18
4.3.2 Implantación del SAAC e intervención: material y métodos.....	29
4.3.3 Valoración final: material y métodos .....	32
4.4 Análisis .....	34
5. RESULTADOS .....	34
5.1 Resultados de las pruebas vinculadas a la comunicación .....	34
5.2 Resultados de las pruebas vinculadas a la emoción y la calidad de vida.....	38
5.3 Resultados de las pruebas vinculadas a la satisfacción personal y social .....	41
6. DISCUSIÓN.....	43

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
8. ABREVIATURAS .....	52
9. ANEXOS.....	54
Anexo 1-Hoja de consentimiento informado.....	54
Anexo 2- Hoja de información al paciente.....	56
Anexo 3- Entrevista inicial.....	58
Anexo 4- Entrevista sobre SAAC.....	63
Anexo 5- Cuestionario sobre SAAC para familiares y amigos. ....	65
Anexo 6- Protocolo de valoración logopédica en la EP, con ciertas modificaciones. ...	71
Anexo 7-TBDA.Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia, formato abreviado..	82
Anexo 8- TVB. Test de Vocabulario de Boston.....	99
Anexo 9- BETA. Batería para la evaluación de los trastornos afásicos.....	107
Anexo 10- Protocolo de valoración de uso de dispositivos móviles. ....	109
Anexo 11- PREP-INIA. Protocolo rápido de evaluación pragmática. ....	111
Anexo 12- Escala de Independencia Funcional Comunicativa. ....	113
Anexo 13- PDQ-39. Cuestionario de calidad de vida en EP. ....	115
Anexo 14- Escala de Apatía de Starkstein.....	117
Anexo 15-Inventario de Depresión de Beck.....	118
Anexo 16- Plan de tratamiento logopédico. ....	124
Anexo 17- Instrucciones de uso y manejo del amplificador. ....	125
Anexo 18- Ejemplo de pautas para la toma del café. ....	127

Anexo 19- Cuestionario de satisfacción personal con el uso del amplificador. ....	130
Anexo 20- Cuestionario de satisfacción con el uso del amplificador para familiares y amigos.....	137

## RESUMEN

**Introducción:** La Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP), engloba a un conjunto de cuadros clínicos de entre los que se encuentra la PSP-Pure Akinesia with Gait Freezing (PSP-PAGF). A nivel de voz, su característica más destacable es la hipofonía. Esta condición, junto con otras relativas al habla, permite entrever importantes dificultades comunicativas. La necesidad de abordaje de esta situación abre la posibilidad del empleo de Sistemas Aumentativos o Alternativos de Comunicación (SAAC).

**Objetivo:** Consiste en conocer si existen beneficios comunicativos, emocionales y relativos a la calidad de vida en un paciente con PSP-PAGF con marcada hipofonía, tras la intervención con un Sistema Aumentativo de Comunicación (SAC): un amplificador de voz.

**Metodología:** Estudio de caso único estructurado en tres etapas: valoración inicial y toma de decisiones sobre el SAAC, implantación del mismo e intervención y valoración final. Se analiza el impacto de la intervención con el amplificador de voz, describiendo los datos extraídos de las pruebas aplicadas antes y después de su uso.

**Resultados:** Los datos obtenidos fueron favorables en términos de comunicación y calidad de vida del paciente. Por el contrario, los aspectos emocionales no manifestaron cambios llamativos.

**Discusión:** El empleo de SAC en pacientes con hipofonía que presentan PSP-PAGF, puede aportar beneficios comunicativos, para lo cual se necesita un tratamiento intensivo basando en objetivos funcionales. Sin embargo, se precisa de una mayor investigación que respalde los resultados obtenidos. Los beneficios emocionales se encuentran más sujetos al debate.

**Palabras clave:** Parálisis supranuclear progresiva, Parálisis supranuclear progresiva-  
Pure akinesia with gait freezing, hipofonía, disartria, comunicación, sistema  
aumentativo de comunicación.

## ABSTRACT

**Introduction:** Progressive Supranuclear Palsy (PSP) encloses a set of clinical pictures including Progressive Supranuclear Palsy-Pure Akinesia with Gait Freezing (PSP-PAGF). Regarding the voice, the most outstanding feature is the hypophonia. This condition, together with others related to speech, suggests important communication difficulties. The need for an approach of this situation opens the possibility to apply the Augmentative and Alternative Communication (AAC).

**Objective:** It consists of knowing the existence of communicative and emotional benefits as well as relative to living standard in a patient with PSP-PAGF with strong hypophony, after the intervention with an Augmentative Communication System: a voice amplifier.

**Methodology:** Study of a unique case composed of 3 stages: initial assessment and decision-making about the AAC systems, its implementation, intervention and final evaluation. The impact of the intervention is analysed with the voice amplifier, describing the data from the tests run before and after.

**Results:** The data obtained were positive regarding patient's communication and quality of life. On the other hand, emotional aspects did not exhibit any notable changes.

**Discussion:** The use of augmentative communication systems in patients with hypophonia and also represents PSP-PAGF is able to provide communicative benefits, in which you would need and intensive treatment based on functional objectives. However, it is needed a further research supporting the results obtained. The emotional benefits are subject to debate.



**Key Words:** Progressive supranuclear palsy, Progressive supranuclear palsy-Pure akinesia with gait freezing, hypophony, dysarthria, voice amplifier, communication, augmentative communication systems.

## 1. INTRODUCCIÓN

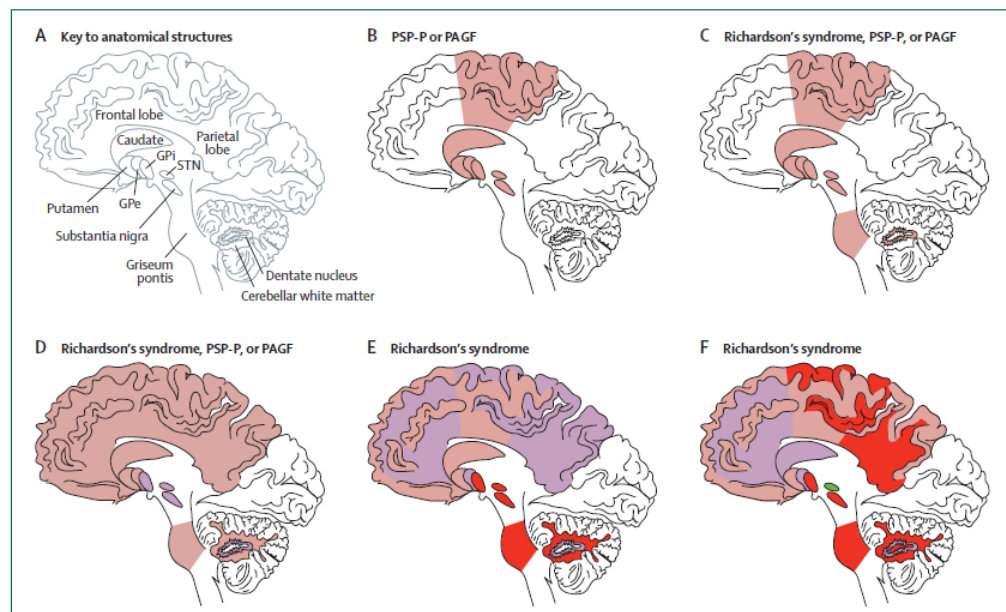
En 1964, Richardson et al.<sup>1</sup> describieron por primera vez el síndrome de *Steel-Richardson-Olzewski* o más comúnmente conocido como *Parálisis Supranuclear Progresiva* (PSP)<sup>2</sup>. La explicación más aproximada de esta enfermedad se centra en la acumulación de TAU y hebras de neurópilo principalmente en: globo pálido (GP), núcleo subtalámico (NST), núcleo rojo (NR), sustancia negra (SN), tegmento pontino (PT), cuerpo estriado, núcleo oculomotor, médula y núcleo dentado (DN)<sup>3</sup>. Es uno de los síndromes parkinsonianos atípicos más comunes<sup>2,4,5</sup>, y difiere en cuanto a pronóstico y supervivencia respecto a la Enfermedad de Parkinson (EP)<sup>6</sup>. Cuenta con unos criterios diagnósticos específicos que fueron recogidos por primera vez en 1996 por el *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* y la *Society for PSP*: los criterios NINDS-SPSP<sup>5,7</sup> (Tabla 1).

	Posible	Probable	Definida
<b>Criterios de inclusión mandatorios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuadro progresivo.</li> <li>2. Inicio posterior o igual a los 40 años.</li> <li>3. Cualquiera de las siguientes alteraciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis supranuclear de la mirada vertical.</li> <li>• Inestabilidad postural con caídas en el primer año de la enfermedad.</li> <li>• Lentificación de los movimientos sacádicos verticales.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuadro progresivo.</li> <li>2. Inicio posterior o igual a los 40 años.</li> <li>3. Parálisis supranuclear de la mirada vertical.</li> <li>4. Inestabilidad postural con caídas frecuentes en el primer año de la enfermedad.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSP probable o posible + evidencia histopatológica de PSP Típica.</li> </ul>
<b>Criterios de inclusión</b>	<p>La existencia de una serie de manifestaciones que apoyen al diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acinesia o rigidez simétrica de predominio proximal.</li> <li>• Distonía cervical (especialmente retrocollis).</li> <li>• Ausente o escasa respuesta a la Levodopa.</li> <li>• Disartria o disfagia precoces.</li> </ul>	<p>Aparición temprana de alteraciones cognitivas sospechosas de Demencia Subcortical que incluyen, al menos, dos de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apatía.</li> <li>• Alteración de la capacidad de abstracción frontal.</li> <li>• Reducción de la fluidez verbal.</li> <li>• Conducta de imitación o utilización + signos de liberación.</li> </ul>	
<b>Criterios de exclusión</b>	<p>La existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reciente encefalitis.</li> <li>• Síndrome de “mano alien”.</li> <li>• Déficits sensoriales corticales o atrofia frontal o ténoro-parietal.</li> <li>• Alucinaciones o ilusiones no relacionadas con el tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de demencia tipo Alzheimer.</li> <li>• Síntomas cerebrales tempranos o disautonomía inexplicada.</li> <li>• Evidencia de otras enfermedades que puedan explicar las manifestaciones.</li> </ul>	

**Tabla 1.** Criterios NINDS-SPSP, adaptada.<sup>2</sup>

En la actualidad, la PSP representa un conjunto relativamente amplio de cuadros clínicos<sup>8,9,10</sup>. Desde un punto de vista neuropatológico, estos subtipos pueden presentar manifestaciones similares entre sí, así como cumplir con gran parte de los criterios descritos para PSP en su forma clásica o PSP-Richardson (PSP-RS)<sup>9</sup>. Sin embargo, se distinguen entre ellas en cuanto a evolución, pronóstico<sup>8</sup> y cierta sintomatología<sup>10</sup>.

El presente proyecto de investigación girará en torno a un paciente afectado por una de estas variantes: la *PSP-Pure Akinesia with Gait Freezing* (PSP-PAGF). Las personas afectadas, presentan severas atroñas y pérdidas neuronales de manera más concentrada en el GP, SN y NST (afección pálido-nigro-luisiana)<sup>8</sup>, por lo que su severidad respecto a la taupatía es menor que en la PSP-RS<sup>3</sup> (Figura 1).



**Figura 1. La severidad de la taupatía varía acorde la distribución de la lesión.<sup>3</sup>**

Nota. PSP-P: PSP-Parkinson.

En términos generales, la PSP es una de las taupatías más frecuentes. Su prevalencia es de 5 por cada 100.000 habitantes con una edad media de 63,7 años. Sin embargo, es de importancia conocer que entre el 20-50% de los afectados no son

diagnosticados en vida y que se ha estimado un retraso diagnóstico de 4,8 años<sup>8</sup>. Específicamente, la PSP-PAGF supone menos del 5% de todos los casos de PSP, pudiéndose considerar como una enfermedad de rara aparición<sup>9</sup>.

Continuando con las manifestaciones clínicas generales de la PSP-PAGF, destaca como síntoma distintivo la rigidez axial, incrementada en el cuello en lugar de afectar a las extremidades. Es habitual que estos pacientes debuten con la aparición de bradicinesia, que repercute sobre todo en la marcha. Comienza a observarse el fenómeno de “freezing” o “congelamiento” y periodos de vacilación, que pueden mantenerse como síntomas aislados durante los dos primeros años de la enfermedad. De forma temprana también se señalan la micrografía y la hipomimia. Por el contrario, la parálisis supranuclear de la mirada y el bléfaroespasma se desarrollan más tarde en la mayoría de los pacientes<sup>11</sup>.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que según algunos estudios, aproximadamente el 10% de los pacientes con PSP presenta cambios cognitivos, y en torno al 70% manifiesta a lo largo del tiempo algún tipo de demencia. La sintomatología más reconocida consiste en: disfunción ejecutiva, alteraciones en la memoria (sobre todo en la episódica), percepción visoespacial, déficits lingüísticos y sociales, así como cambios importantes en el comportamiento. Dentro estos últimos, se encuentra una amplia gama de llamativas conductas: apatía, impulsividad (intolerancia a la espera), compulsividad (a la hora de la ingesta, la más habitual), desinhibición (comportamiento antisocial, hipersexualidad, agresión...), pérdida de empatía y cognición social deteriorada<sup>12</sup>.

Asimismo, otro de los síntomas precoces de la enfermedad sobre el que se pretende centrar la atención en el estudio, es la hipofonía<sup>11</sup> o débil volumen de voz<sup>13</sup>.

Contables son las publicaciones que han hecho referencia a la llamativa disminución de la intensidad de la voz de estos pacientes<sup>8,9,11</sup>, pero tras la búsqueda exhaustiva realizada, apenas se han encontrado otras que detallen sus características fisiológicas.

Natalia Melle<sup>14</sup> sitúa a los pacientes con PSP como potenciales candidatos a presentar una disartria, que consiste en un “trastorno neurológico del habla que resulta de anomalías en la fuerza, velocidad, rango, regularidad (estabilidad), tono o exactitud de los movimientos requeridos para el control de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia en la producción del habla”<sup>15</sup>, existiendo varias posibilidades (hipocinética, espástica, mixta espástica-hipocinética, espástica-atáxica o hipocinética-atáxica). Pero muy pocos estudios describen las características de habla de las diferentes variantes de PSP<sup>16</sup> (lo cual no es distinto para la PSP-PAGF). Resulta imprescindible señalar que la disartria en estas personas, en comparación con la EP, tiende a desarrollarse antes, ser más severa y progresar más rápidamente. Las deficiencias comunicativas, por tanto, son evidentes<sup>16</sup>.

De cara a la intervención, ya en los años 80, Hanson et al.<sup>17</sup> analizaron los posibles beneficios obtenidos en un paciente de 59 años con PSP y disartria hipocinética gracias al uso de un *Dispositivo de Retroalimentación Retardada* o *Delayed Auditory Feedback* (DAF)<sup>18</sup>. Los resultados concluyeron que, cuando el dispositivo estaba en uso, se producía una reducción de la velocidad del discurso, incremento de la intensidad vocal y aumento de la inteligibilidad del habla. Otra alternativa que se menciona para estos pacientes con hipofonía es el uso de amplificadores de voz<sup>11</sup>, así como en otras patologías con similares características (EP<sup>14</sup>, estadios iniciales de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)<sup>19</sup>...).

De esta forma, viéndose mermada la comunicación de las personas con PSP<sup>12</sup>, y más concretamente con PSP-PAGF, se abre la posibilidad de emplear la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA). Es entendida como “aquellas opciones, sistemas o estrategias que se pueden utilizar para facilitar la comunicación a toda persona que tiene dificultades graves para la ejecución del habla”<sup>20</sup>, la cual se clasifica en Sistemas Aumentativos (si potencian el habla) o Alternativos (si lo sustituyen) de comunicación (SAAC). Para su implantación, son fundamentales los procesos de valoración y toma de decisiones, así como la intervención a largo plazo. Se deben tener en cuenta todas las circunstancias que envuelven al paciente, además de su entorno físico y social, como así lo recoge la *Asociación Iberoamericana de Tecnologías de Apoyo a la Discapacidad* (AITADIS)<sup>21</sup>. Pero la escasez de estudios que evidencien la efectividad de los SAAC en pacientes con PSP, y más concretamente con PSP-PAGF, ha sido la principal fuente de motivación para el desarrollo de la presente investigación.

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) es determinar posibles beneficios comunicativos, emocionales y relativos a la calidad de vida obtenidos en un paciente afectado de PSP-PAGF gracias al uso de un Sistema Aumentativo de Comunicación (SAC).

## **2. HIPÓTESIS**

La implantación de un SAC aporta beneficios a nivel comunicativo y emocional en un paciente con PSP-PAGF, mejorando su calidad de vida e incrementando su autonomía comunicativa.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

1. Determinar posibles beneficios comunicativos, emocionales y relativos a la calidad de vida obtenidos en un paciente afectado de PSP-PAGF gracias al uso de un SAC.

#### **Objetivos específicos:**

- 1.1 Conocer la situación comunicativa-emocional y la calidad de vida inicial del paciente.
- 1.2 Tomar decisiones en torno a la selección del SAAC e implantación del mismo.
- 1.3 Plantear y llevar a cabo un proceso de entrenamiento en el uso del sistema e intervención sobre la voz y el habla.
- 1.4 Contrastar los resultados obtenidos y averiguar si se han producido beneficios respecto a la situación inicial.

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1 Sujeto de estudio**

La presente investigación se realizó con un paciente afectado de PSP-PAGF, procedente de Programa Docente Asistencial (PRODA) ofrecido por las Escuelas Universitarias Gimbernát (EUG) en Torrelavega, Cantabria. Sus características demográficas quedan reflejadas en la Tabla 2:

<b>Sexo</b>	<b>Varón</b>
<b>Año de diagnóstico</b>	<b>2009</b>
<b>Edad de diagnóstico</b>	<b>53 años</b>
<b>Edad durante la realización del estudio</b>	<b>60-61 años</b>
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>	<b>8 años</b>

**Tabla 2.** Características demográficas del paciente

Desde octubre de 2015 hasta junio de 2016, el paciente fue sometido a intervención logopédica y fisioterapéutica en el servicio PRODA, por manifestar dificultades en el habla y alteraciones motoras.

Al comienzo del siguiente curso académico (2016-2017), y tras cuatro meses sin verle, se encontró un agravamiento significativo del paciente, con un mayor compromiso de la inteligibilidad de su habla. El incremento de la hipofonía y aumento del ritmo de su discurso suponían los síntomas más destacables a nivel logopédico. En la Tabla 3 se ven reflejadas las características más llamativas del paciente en dicho momento.

<b>Sintomatología general</b>	<b>Rasgos neurocognitivos</b>	<b>Voz y habla</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad postural.</li> <li>• Alteraciones en la marcha.</li> <li>• Indicios de apraxia límbico-cinética<sup>22</sup>.</li> <li>• Bléfaroespasmo.</li> <li>• Parálisis</li> </ul>	<p>Sospecha de demencia de variante frontal/conductual<sup>23-26</sup> (no diagnosticada clínicamente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones en la memoria a corto plazo (MCP).</li> <li>• Déficits sociales.</li> <li>• Cambios de comportamiento: → Apatía (falta de iniciativa, disminución de la</li> </ul>	<p>Características propias de una disartria hipocinética:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipofonía.</li> <li>• Escape de aire: voz aérea.</li> <li>• Monotonalidad de voz.</li> <li>• Ritmo de habla</li> </ul>



supranuclear de la mirada vertical.	motivación e interés y embotamiento emocional) <sup>27</sup> .	muy acelerado (taquilalia) <sup>28</sup> .
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de temblor en reposo.</li> <li>• Rigidez axial.</li> </ul>	<p>→ Actitud impulsiva-compulsiva (dificultad de espera, comportamientos repetitivos y perseveraciones).</p> <p>→ Desinhibición.</p>	

**Tabla 3.** Sintomatología más característica del paciente.

Su competencia comunicativa y social, por tanto, estaban condicionadas, siendo la frecuencia de participación conversacional cada vez más reducida y con tendencia hacia el aislamiento en sus encuentros y oportunidades comunicativas

#### 4.2 Diseño de estudio

El presente trabajo consiste en un estudio de caso único (paciente con PSP-PAGF), ya que la muestra está compuesta por un sólo sujeto escogido a través de un modo de selección intencionado, no probabilístico<sup>29</sup>. Se comparan los resultados obtenidos antes y después del tratamiento logopédico (instauración de un SAC, entrenamiento en él e intervención sobre la voz y el habla).

#### 4.3 Etapas del trabajo y distribución de tareas

La propuesta de investigación fue impulsada desde el PRODA, con el objetivo primordial de satisfacer unas necesidades comunicativas que no se estaban cubriendo al completo a través de la terapia directa y convencional sobre la voz y el habla del paciente, llevada a cabo en el curso académico anterior (2015-2016). Por lo que, en octubre de 2016, con el inicio del nuevo curso, se les comunicó al paciente y a su mujer,

la intención de elaborar el estudio, la naturaleza de éste y la propuesta terapéutica planteada. Accedieron sin impedimento alguno, quedando reflejada su autorización en la hoja de consentimiento informado y de información al paciente (Anexo 1 y Anexo 2).

El trabajo fue distribuido en 3 etapas: valoración inicial y toma de decisiones sobre el SAAC, implantación del mismo y entrenamiento con el sistema así como tratamiento de voz y habla, y valoración final. Su duración comprendió desde el 11 de octubre de 2016 hasta el 21 de marzo de 2017, llevándose a cabo un total de 16 sesiones. Inicialmente fue desarrollado por dos alumnas de cuarto curso de Logopedia, sumándose otras dos estudiantes de tercer curso en la fase de intervención, y encontrándose supervisado en su totalidad por la coordinadora del caso.

#### ***4.3.1 Valoración inicial y toma de decisiones sobre el SAAC: material y métodos.***

Este proceso se desarrolló en un total de 7 sesiones, comprendidas entre el 11 de octubre de 2016 y finalizando el 20 de diciembre de ese mismo año, con una temporalidad semanal en su mayoría, aunque algunas sujetas al calendario académico y la disponibilidad del paciente. Todas ellas se desarrollaron dentro de las instalaciones del PRODA.

En esta etapa se realizó una evaluación exhaustiva con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible sobre el paciente, y así poder tomar decisiones sobre qué SAAC se consideraba más adecuado en relación a sus características y circunstancias (Tabla 4).

PRUEBAS EMPLEADAS EN LA VALORACIÓN INICIAL			DATOS
VINCULADAS A LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS, PREFERENCIAS Y OPINIONES SOBRE CAA Y SAAC	Personales	Entrevista sobre SAAC.	CUALITATIVOS
	Familiares/sociales	Cuestionario sobre SAAC para familiares y amigos.	CUALITATIVOS
VINCULADAS A LA COMUNICACIÓN	Voz y habla	Protocolo de valoración logopédica en la EP <sup>30</sup> , con ciertas modificaciones.	PREDOMINANTEMENTE CUALITATIVOS
	Lenguaje:	TBDA. Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia, en formato abreviado.	CUANTITATIVOS
		TVB. Test de Vocabulario de Boston.	CUANTITATIVOS
		BETA. Batería de Evaluación de los Trastornos Afásicos: Tareas 9 y 10.	CUANTITATIVOS
	Pragmática y uso funcional	PREP-INIA. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática.	CUANTITATIVOS
		Escala de Independencia Funcional Comunicativa.	CUANTITATIVOS
VINCULADAS A LA EMOCIÓN Y A LA CALIDAD DE VIDA	Apatía	Escala de Apatía de Starkstein <sup>32</sup> .	CUANTITATIVOS
	Depresión	Inventario de Depresión de Beck <sup>33</sup> .	CUANTITATIVOS
	Calidad de vida	PDQ-39. Cuestionario de calidad de vida en EP <sup>31</sup> .	CUANTITATIVOS

<b>VINCULADAS A LA DESTREZA MOTORA-MOTRIZ</b>	Uso y manejo de dispositivos	<i>Protocolo de valoración sobre el uso de dispositivos móviles y Tablet.</i>	<b>CUALITATIVOS</b>
---	------------------------------	---	---------------------

**Tabla 4.** Clasificación de las pruebas empleadas en la valoración inicial y tipo de datos que aportan.

*A) Entrevista inicial:*

Anamnesis destinada tanto al paciente como a su esposa y elaborada por las terapeutas. Supuso una primera toma de contacto con ellos tras el curso anterior. En ella se pretende recoger información actual sobre la situación de salud del paciente y estado emocional, de tal forma que ellos pudiesen compartir las posibles novedades. La anamnesis se distribuye en tres bloques: “*Área personal*” (bloque I), “*Enfermedad y sintomatología*” (bloque II) y “*Expectativas y motivación personal*” (bloque III) (Anexo 3).

*B) Entrevista sobre SAAC:*

Fue cumplimentada por el paciente y su mujer. En este caso, las terapeutas desarrollaron una serie de preguntas sobre la CAA y el uso de SAAC. Estas preguntas fueron respondidas tras haber recibido información sobre estos conceptos (transmitida por ellas previamente en la sesión). El objetivo era conocer las opiniones de ambos respecto a la necesidad de uso, esfuerzo de empleo estimado y aplicabilidad, preferencias sobre los tipos de dispositivos, coste económico accesible para ellos y expectativas de cambio con el uso del SAAC (Anexo 4).

*C) Cuestionario sobre SAAC para familiares y amigos:*

Ideado por las terapeutas y repartido por el paciente bajo libre elección a su entorno próximo (familiares y amigos), siendo cumplimentado por un total de 14 personas (7 familiares y 7 amigos). El cuestionario, cuenta con una primera parte explicativa sobre la CAA y los SAAC. Posteriormente se presenta un listado de afirmaciones organizadas en tres bloques, en las que se tiene que marcar “sí” o “no” en función de si las afirmaciones se identifican con su opinión personal (Anexo 5):

- “*Lo general*”, con 7 ítems, donde se valoran sus conocimientos previos en cuanto al uso del SAAC.
- “*Lo particular*”: con 16 ítems, donde se reflejan sus preferencias sobre el tipo de SAAC, expectativas de aplicabilidad, previsión de cambios comunicativos y esfuerzo percibido.
- “*Lo social*”, con 16 ítems, en el que transmiten la predisposición a la participación, cambios emocionales y relacionales entre paciente y familiar/amigo.

*D) Protocolo de valoración logopédica en la EP<sup>30</sup>, con ciertas modificaciones:*

Se llevó a cabo para obtener información actual sobre la voz y habla del paciente. A través de este protocolo, se valora (Anexo 6):

- Respiración: se observa el modo respiratorio (nasal, bucal y combinado) y el patrón respiratorio (costoclavicular, torácico, costo-diafragmático o invertido/paradójico), con el paciente sentado, de pie o de cúbito supino. También se identifica el patrón respiratorio durante la fonación, pudiendo ser funcional, superficial, con gasto del aire residual, sin aire o mostrando dificultad para recuperar la respiración tras un periodo corto de fonación. Por último, se

mide la resistencia para un habla sostenida en la cual el paciente tiene que contar hasta 25 de manera continuada, observándose el ritmo y el tiempo que tarda en hacerlo, y el Tiempo Máximo de Soplo (TMS) en el que se cronometra la emisión de una /s/ prolongada en 3 ocasiones, escogiéndose la de mayor duración.

- Fonación, dentro de ella se estima:
  - Intensidad: se puede considerar normal, hipofónica audible, hipofónica inaudible, con finales de oración áfonos, con correcta fluctuación de la intensidad vocal y monotonía en la intensidad. Además, se calcula el Tiempo Máximo de Fonación (TMF), donde se cronometra el tiempo de emisión del paciente de una /a/ prolongada, escogiéndose el mayor de 3 series. Posteriormente con el TMF y TMS se obtiene el cociente fono-respiratorio, concluyendo el tipo de ataque glótico (preciso, duro, soplado, fonación firme y voz trémula).
  - Tono: agravado, agudo, normal o monótono. Se basa en la percepción del evaluador.
  - Timbre: para valorar el timbre se emplea la escala GRABS en la cual se valoran 5 aspectos (G=grado de disfonía, R= ronquera, A=astenia, B= escape de aire, defecto de cierre glótico y S= tensión, voz constreñida, apretada), puntuando del 0 [ausencia] al 3 [severa]. La puntuación es asignada por el terapeuta.
- Resonancia: el evaluador observa la posición del velo del paladar en reposo y durante la emisión de /a/-/m/ alternativamente. Posteriormente, se determina si existe escape de aire durante la lectura de sonidos nasales y no nasales con el

espejo de Glatzel. Se concluye señalando si la resonancia es normal o por el contrario existe hiper o hiponasalidad.

- Articulación: con los cambios realizados en este protocolo la articulación se valora a través de:
  - Habla espontánea.
  - Test de Articulación a la Repetición (T.A.R), incluido por las terapeutas, el cual se basa en la repetición de palabras y frases.
  - Lectura de pares mínimos (palabras similares fonéticamente, con puntos de articulación próximos entre sí).
  - Diadococinesias: consiste en la articulación rápida y repetitiva de diferentes sonidos (pa, ta, ka, pataká, patachaká y u-i) durante diez segundos. Se valora el ritmo, la precisión articulatoria, y el número de repeticiones que emite.

En las tres primeras se señala si la articulación se encuentra preservada o si existe imprecisión articulatoria con dislalias (especificando el tipo).

- Musculatura orofacial: son movilizaciones activas de lengua, labios, mandíbula y velo del paladar, valorando si el paciente los realiza a la orden, por imitación o apoyo visual y si se percibe falta de fuerza, imprecisión, temblor, descoordinación, rigidez o bradicinesia.
- Prosodia:
  - Ritmo: lectura normal de frases, lectura rápida de 2 frases y 2 lenta alternativamente. Las frases empleadas pertenecen a la obra de Pío Baroja, “La feria de los discretos”. Se determina si la prosodia es correcta, la entonación es buena, si hay equilibrio entre pausas y emisiones, o por el contrario falta énfasis, monotonía, si la emisión de

habla es continuada sin pausas o el paciente tiene dificultad en acelerar-ralentizar voluntariamente el ritmo de habla. El ritmo también se observará en conversación espontánea, pudiendo ser normal, taquilálico (acelerado) o bradilálico (ralentizado).

- En las mismas frases se valora la capacidad para imitar distintos patrones prosódicos propuestos por el terapeuta, quién señala dificultad o no en este aspecto.
- Fluidez de habla: en lectura de frases y de un texto perteneciente a “El Faquir” de R. Calle, se determina si el habla es fluida, no fluida pero inteligible y no fluida ininteligible.
- Tasa de habla: número de palabras que lee por minuto en ese mismo texto.
- Eficacia comunicativa: en función de la actitud comunicativa que es observada por el terapeuta, puede considerarse normal, existencia de mínima limitación, necesidad percibida de sistema aumentativo de comunicación, limitación severa, o necesidad de sistemas alternativos.

*E) TBDA. Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia, en formato abreviado:*

Permite valorar las habilidades lingüísticas del paciente en cuanto a varios aspectos: habla de conversación y exposición, comprensión auditiva, expresión oral, lectura y escritura. En cada uno de ellos se presentan diferentes subpruebas que el paciente ha de cumplimentar (Anexo 7).



*F) TVB. Test de Vocabulario de Boston, en formato estándar:*

Aplicado para comprobar el estado de acceso al léxico del paciente. Se muestra un conjunto de 60 imágenes que el paciente tiene que denominar. Se valora si la respuesta es correcta sin necesidad de ayuda, el tiempo de latencia, o si es necesaria una clave semántica y/o fonética. Se registran los tipos de errores que puede producir el paciente (parafasias fonémicas, verbales, neológicas, de múltiples palabras o perceptivas) (Anexo 8).

*G) BETA. Batería de evaluación para los trastornos afásicos:*

Fueron empleadas las siguientes subpruebas del *Bloque II: producción oral* (Anexo 9):

- Tarea 9: fluidez verbal. Se valora la fluidez semántica mediante el recuento del número de palabras que el paciente emite pertenecientes a la categoría de “animales” en un minuto. También se evalúa la fluidez fonológica siguiendo la misma dinámica pero esta vez emitiendo palabras que empiecen por la letra “p”.
- Tarea 10: fluidez verbal de nombre de personas. Consiste en la emisión de todos los nombres propios que pueda en un minuto de personas relacionadas con las categorías de “políticos” y posteriormente de “artistas”.

*H) Protocolo de valoración de uso de dispositivos móviles y Tablet:*

Protocolo elaborado por las terapeutas a través del cual se valora la destreza del paciente para el uso de dispositivos móviles y la Tablet. Se observan aspectos tales como la necesidad de soporte para el dispositivo, la toma de éste, el tipo de acceso (directo, uso de puntero...), los dedos que utiliza, distancia ojo-dispositivo, el tipo de mensajes que emite (longitud, complejidad, coherencia, cohesión), inteligibilidad del

mensaje, corrección de los errores (por él mismo o empleando el autocorrector), el esfuerzo que le conlleva, velocidad de empleo y de respuesta (Anexo 10).

Además de todas las pruebas de valoración mencionadas con anterioridad, se precisó ayuda de otros profesionales para conocer su perspectiva. La información aportada por ellos ha sido de vital importancia. Estos fueron:

- El equipo de fisioterapeutas pertenecientes a la unidad PRODA, quiénes han aportado una visión más amplia y específica sobre la características posturales y habilidades motoras del paciente, completando la información recogida a través del *Protocolo de Valoración no estandarizado sobre el uso de dispositivos móviles y Tablet*.
- Dos profesionales pertenecientes al campo de la neurología y la neuropsicología, procedentes del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) y profesoras de la escuela, quienes han presentado una visión más específica acerca del cuadro sintomático del paciente así como de sus características neurocognitivas. Su labor ha sido fundamental para comprender las circunstancias del paciente y los aspectos comportamentales.

Por último, el equipo completó la información con valoración más extensa sobre los aspectos pragmáticos y la funcionalidad comunicativa, además de otras pruebas para valorar el grado de apatía, depresión y la calidad de vida del paciente.

*I) PREP-INIA. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática.*

Aplicada con el fin de analizar los aspectos más puramente pragmáticos de la comunicación. Se trata de un cuestionario con 17 ítems, en donde las terapeutas tienen la posibilidad de señalar las opciones “sí”, “no”, o “no examinado”. El protocolo es cumplimentado por el evaluador. A través de esta prueba se obtienen tres puntuaciones finales, expresándolas en porcentajes: “*Habilidad pragmática general*”, “*Habilidad pragmática específica*”, “*Habilidad pragmática de base gramatical*” (Anexo 11).

*J) Escala de Independencia Funcional Comunicativa:*

Estima el grado de ayuda que necesitaba el paciente para desenvolverse en la realización de determinadas tareas comunicativas. El cuestionario ha de ser cumplimentado por el paciente o familiar, y el/la terapeuta. Consiste en un listado de 12 ítems que han de ser puntuados del 0 al 2, siendo 0 total independencia y 2 la máxima, por lo que la mayor puntuación posible es de 24. Cuánto más alta sea ésta, más dependencia comunicativa refleja (Anexo 12).

*K) PDQ-39. Cuestionario de calidad de vida en EP<sup>31</sup>.*

Se propone un listado de 39 afirmaciones, que a su vez se distinguen en 8 “dominios”:

- Movilidad (10 ítems).
- Actividades de la vida cotidiana (6 ítems).
- Bienestar emocional (6 ítems).
- Estigmatización (4 ítems).
- Apoyo social (3 ítems).
- Estado cognitivo (4 ítems).
- Comunicación (3 ítems).

○ Dolor (3 ítems).

Ofrece cinco opciones de respuesta, en función de la frecuencia de aparición del tema expuesto, cada una con una puntuación concreta (de 0 [nunca] a 4 [siempre o incapaz de hacerlo]). La prueba permite calcular el porcentaje de calidad en cada uno de los dominios, pudiéndose extraer de esta manera la puntuación total. Cuanto menor sea el porcentaje, mejor será la calidad de vida autopercebida (Anexo 13).

*L) Escala de Apatía de Starkstein<sup>32</sup>:*

El paciente responde a una serie de 14 preguntas en función de la frecuencia de aparición del tema planteado (nunca [0]-pocas veces [1]-algunas veces [2]-casi siempre [3]), pudiendo ser 42 la máxima puntuación. Cuanto más alta sea la puntuación, peor estado apático refleja (Anexo 14).

*M) Inventario de depresión de Beck<sup>33</sup>.*

Consiste en un cuestionario de 21 afirmaciones, con cuatro opciones disponibles en su mayoría, puntuándose del 0 a 3, por lo que la máxima puntuación es 63 (Anexo 15). De entre ellas, el paciente ha de seleccionar aquella que más se corresponde con su situación actual. La puntuación total refleja el nivel de depresión del paciente:

- Altibajos normales: 1-10.
- Leve perturbación del estado de ánimo: 11-16.
- Estados de depresión intermitentes: 17-20.
- Depresión moderada: 21-30.
- Depresión grave: 31-40.
- Depresión extrema: +40.

#### **4.3.2 *Implantación del SAAC, entrenamiento en él e intervención sobre la voz y el habla: material y métodos.***

Tras los resultados obtenidos en la valoración inicial, se procedió a la realización del plan de tratamiento personalizado (Anexo 16). La intervención se realizó durante 7 sesiones (desde el 13 de enero al 21 de marzo de 2017), con una frecuencia semanal y duración de 45 minutos. La mayoría de ellas tuvieron lugar en la sala del PRODA, aunque en ocasiones se precisó la utilización de otras instalaciones de la escuela, como la biblioteca y el comedor. La secuencia del tratamiento estuvo compuesta por dos fases:

- 1º Implantación del SAC.
- 2º Entrenamiento en él e intervención sobre la voz y el habla.

Los objetivos recogidos en el plan de tratamiento fueron:

→ Conseguir una mayor eficacia comunicativa y mejora del estado emocional y calidad de vida del paciente.

- Incrementar el rendimiento de la voz y el habla.
  - Mejorar la coordinación fono-respiratoria.
  - Aumentar la intensidad fonatoria.
  - Ralentizar el ritmo de habla.
  - Mejorar la precisión articulatoria.
- Generalizar el uso del SAAC en situaciones reales.
  - Adquirir responsabilidad de cuidado del amplificador y autonomía de manejo.

- Potenciar las habilidades pragmáticas: fórmulas de cortesía, turnos y roles conversacionales...
- Incrementar la intención comunicativa: aumentar la frecuencia de participación en conversación, proposición de temas, cuidar la bidireccionalidad de las conversaciones...
- Aumentar la autonomía comunicativa: hablar con desconocidos, reducir la dependencia a un mediador en sus encuentros comunicativos...

Las dos primeras sesiones de entrenamiento se dedicaron a la instauración del sistema. En la primera, se les mostraron al paciente y a su mujer dos modelos de amplificadores de voz, que fueron probados en él para valorar cuál se ajustaba más a sus necesidades. Finalmente, escogió el modelo Easy Voice Servox. En la siguiente sesión se hizo un repaso de cómo se utilizaba el amplificador, para comprobar su autonomía de manejo. Asimismo, se le entregaron unas instrucciones uso y mantenimiento adaptadas por las terapeutas (Anexo 17).

Sin embargo, debido al escaso tiempo disponible para llevar a cabo el entrenamiento, se estimó necesario reforzarlo con el apoyo complementario del servicio de Logopedia de la Asociación Cántabra de Parkinson, a través de una reunión en persona con la logopeda de dicha asociación y bajo el consentimiento del paciente. Comenzó el 9 de febrero, y asistió durante toda la segunda etapa, con una temporalidad de dos sesiones semanales de 30 minutos cada una.

La división del trabajo fue estructurada: por un lado, en la asociación se llevó a cabo de manera exclusiva el tratamiento directo sobre la voz y el habla, trabajando en

torno al objetivo de *Incrementar el rendimiento de la voz y el habla*. Por el otro, en el PRODA, se continuó con el refuerzo de dicho tratamiento, pero dedicando más tiempo al entrenamiento en el uso del amplificador. De esta forma, la organización de las sesiones consistía en:

- 15 minutos de trabajo directo sobre la voz y el habla: desempeñando tareas de respiración, coordinación fono-respiratoria, intensidad fonatoria y ritmo de habla. Esta primera parte se consideró fundamental para apoyar el tratamiento realizado en la asociación. De este modo, el paciente recibía una intervención más intensiva aún sobre estos aspectos, para favorecer el mantenimiento o mejoría de la hipofonía y la taquilalia, y así potenciar el rendimiento con el uso del amplificador.
- 30 minutos restantes al entrenamiento directo sobre el SAAC. Este entrenamiento se basó en el planteamiento de pequeños objetivos demandados por el paciente y valorados por el equipo como necesarios para su funcionalidad comunicativa (como por ejemplo, mantener una conversación durante la toma de café). En él, se tuvieron en cuenta tres de “los cuatro secretos para el éxito”, unos presupuestos ecológicos propuestos por Burkhart y recogidos por Navalón et al<sup>34</sup>. Estos son: cuidar la motivación, fomentar la participación activa y el trabajo sobre contextos naturales. La secuencia de entrenamiento consistió durante las 5 sesiones restantes en la misma:
  - 1º. Planteamiento de una actividad concreta y planificación de las posibles barreras comunicativas que sería posible encontrar en su desarrollo.
  - 2º. Ejercicio de role-playing, entre las terapeutas y el paciente, sobre la misma situación planteada inicialmente.

- 3°. Ejecución de la actividad en un entorno natural, aunque en este caso dentro de las instalaciones de la universidad.
- 4° En ocasiones, también se le hizo entrega a la familia de pautas específicas para esa actividad (Anexo 18).

Por último, durante el tratamiento se observó la necesidad de realizar una reunión familiar, que permitiera al equipo aclarar información relativa a la patología del paciente y el uso del amplificador. Se les explicó la propuesta terapéutica, proporcionando consejos y pautas que pudiesen favorecer la consecución de los objetivos terapéuticos, entregándoles un dossier en el que se recogían todos estos aspectos tratados.

#### 4.3.3. Valoración final: material y métodos.

La valoración final comprendió 2 sesiones (4 y 11 de marzo de 2017), en las mismas condiciones. En esta etapa, el equipo determinó las pruebas que debían volver a ser cumplimentadas para extraer la información relativa al objetivo de investigación, las cuales se ven reflejadas en la Tabla 5:

PRUEBAS APLICADAS			DATOS
VINCULADAS A LA COMUNICACIÓN	Voz y habla	<i>Protocolo de valoración logopédica en la EP<sup>30</sup>, con ciertas modificaciones.</i>	Predominantemente CUALITATIVOS
	Pragmática y uso funcional	<i>Escala de Independencia Funcional Comunicativa.</i>	CUANTITATIVOS
		<i>PREP-INIA. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática.</i>	CUANTITATIVOS



<b>VINCULADAS A LA EMOCIÓN Y A LA CALIDAD DE VIDA</b>	Apatía	<i>Escala de Apatía de Starkstein<sup>32</sup>.</i>	CUANTITATIVOS
	Depresión	<i>Inventario de Depresión de Beck<sup>33</sup>.</i>	CUANTITATIVOS
	Calidad de vida	<i>PDQ-39. Cuestionario de calidad de vida en la EP<sup>31</sup>.</i>	CUANTITATIVOS
<b>VINCULADAS A LA SATISFACCIÓN PERSONAL Y SOCIAL CON EL USO DEL AMPLIFICADOR</b>	Satisfacción personal	<i>Cuestionario de satisfacción personal con el uso del amplificador.</i>	CUALITATIVOS
	Satisfacción familia y amigos	<i>Cuestionario de satisfacción con el uso del amplificador para familiares y amigos.</i>	CUALITATIVOS

**Tabla 5.** Clasificación de las pruebas empleadas en la valoración inicial y tipo de datos que aportan.

En adición, se estimó oportuno crear dos cuestionarios con la finalidad de conseguir una aproximación a la opinión de paciente y de las personas de su entorno próximo, tras el uso del amplificador de voz:

- *Cuestionario de satisfacción personal con el uso del amplificador:* plantea una serie de afirmaciones, distinguidas en 3 bloques, presentados en orden: *Aspectos relativos al uso y manejo del amplificador*, *Aspectos relativos al habla y nivel comunicativo* y *Nivel emocional*, con 9, 14 y 8 ítems respectivamente. Se recogía la frecuencia de aparición de las diferentes situaciones planteadas (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre), proporcionando al paciente libertad para añadir las anotaciones que deseara. Fue cumplimentado en la consulta con el paciente (Anexo 19).
- *Cuestionario de satisfacción con el uso del amplificador para familiares y amigos:* listado de 20 afirmaciones en las que las personas elegidas por el paciente tuvieron que indicar cuál se identificaba en mayor medida con su

opinión personal. Las opciones de respuesta fueron: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Del mismo modo que en el cuestionario anterior, pudieron aportar las observaciones que estimaron oportunas. Fue cumplimentado por un total de 6 familiares (Anexo 20).

#### **4.4 Análisis**

Al tratarse de un diseño de estudio de caso único, se lleva a cabo un análisis descriptivo de los datos extraídos de las pruebas aplicadas, quedando expuestos de la siguiente manera:

- En el caso de los datos cuantitativos, se realiza una tabla de cada una de las pruebas, así como un gráfico de barras, donde se reflejan los resultados pretest (antes del uso del amplificador) y posttest (tras su uso).
- En cambio, en el caso de los datos cualitativos, se procede a describir los resultados encontrados. Además, en una de las pruebas, se realiza una tabla con las respuestas más llamativas aportadas por el paciente.

### **5. RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de las pruebas sujetas a análisis, se exponen a continuación organizadas según el ámbito valorado:

#### ***5.1 Resultados de las pruebas vinculadas a la comunicación***

##### ***A) Protocolo de valoración logopédica en la EP<sup>30</sup>, con ciertas modificaciones:***

Los cambios que se han pudieron comprobar con la comparación pretest y posttest de los datos obtenidos en dicho protocolo, fueron los siguientes:

- **Respiración:** El modo y tipo respiratorios se mantuvieron invariables, permaneciendo nasal y costo-diafragmático abdominal respectivamente. También lo hizo el patrón respiratorio durante la fonación, mostrando gasto de aire residual y fonación sin aire. Sin embargo, sí se percibieron cambios en la prueba de resistencia para el habla sostenida, incrementándose en 1 segundo el tiempo que tardó en contar hasta 25, así como aumentando el número de pausas para respirar. Además, el TMS reflejó cambio favorable en la valoración posttest, aumentándose en 4 segundos la diferencia.
- **Fonación:** La intensidad de la voz se determinó hipofónica audible en las dos valoraciones, siendo más débil en la valoración final, con finales de oraciones áfonos. Aunque el cociente fonorespiratorio continuó reflejando un ataque glótico soplado, el TMF aumentó en 3 segundos. El tono se mantuvo agravado, con incremento de la monotonía en la valoración final. El timbre, por el contrario, permaneció constante según la escala GRABS.
- **Resonancia:** Es una de las áreas donde mayor cambio se ha percibido en su comparación, dado que el velo del paladar en reposo tiende a desviarse hacia el lado izquierdo y hay cierto escape nasal en la emisión de sonidos no nasales, viéndose debilitada su elevación y cierre.
- **Articulación:** Se mantuvo preservada, tanto en lectura de pares mínimos, como en diadococinesias. En conversación espontánea es difícil realizar la comparativa, ya que el ritmo rápido de habla dificultó en gran medida el análisis de su articulación, tanto en la valoración inicial como final.
- **Prosodia:** Respecto a la valoración inicial, se observó un ritmo de habla más rápido, con incremento de la tasa de habla. Además se observaron mayores

dificultades en él para acelerar o ralentizar su ritmo de habla voluntariamente, así como para imitar diferentes patrones prosódicos.

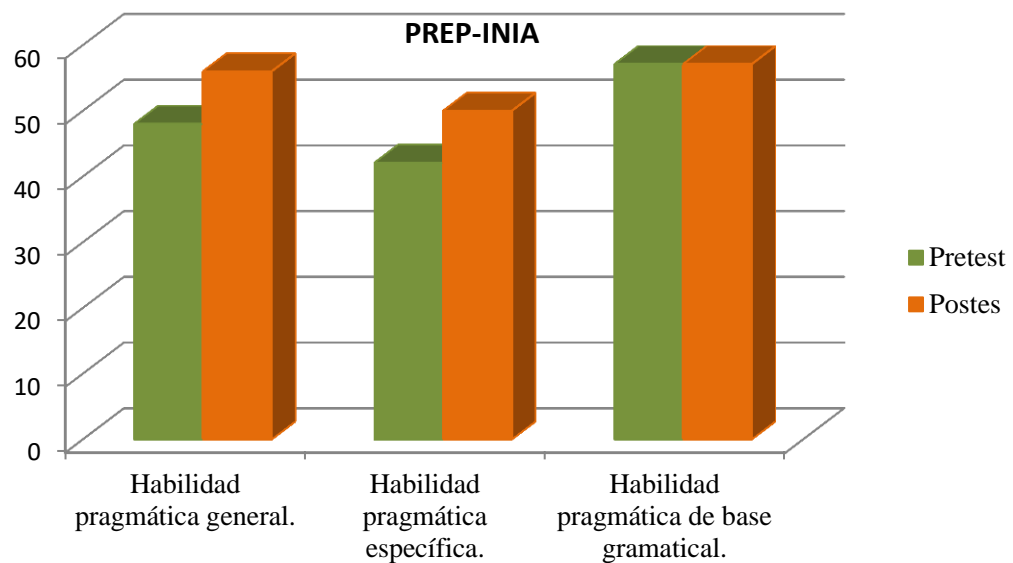
B) *PREP-INIA. Protocolo rápido de valoración pragmática:*

Los datos contrastados fueron interesantes en términos de habilidades pragmáticas del paciente, pues desglosando los subapartados de la prueba se observó (Tabla 6) (Figura 2):

- Incremento del porcentaje de *habilidad pragmática general*, señalando una mejora del rendimiento global del paciente en cuanto a uso funcional del lenguaje a nivel general.
- Refuerzo de la *habilidad pragmática específica*, lo cual indica una mejora de las capacidades pragmáticas que no dependen directamente del dominio de los componentes gramaticales, como lo son la intención comunicativa, el respeto de las leyes conversacionales...
- La *habilidad pragmática de base gramatical*, sin embargo, no refleja cambio alguno en los resultados postest, señalando que sus capacidades léxico-semánticas y uso de la morfología y sintaxis se mantuvieron constantes.

	Pretest (%)	Postest (%)
<b>Habilidad pragmática general</b>	48	56
<b>Habilidad pragmática específica</b>	42,1	50
<b>Habilidad pragmática de base gramatical</b>	57,1	57,1

- **Tabla 6.** Resultados del PREP-INIA.



**Figura 2. Comparación de los resultados del PREP-INIA.**

C) *Escala de Valoración de la Independencia Funcional Comunicativa:*

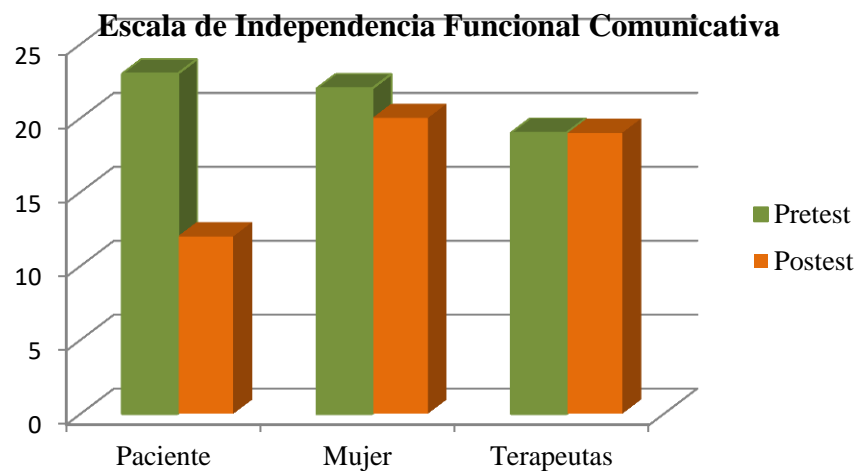
Por otro lado, resulta importante aludir a la percepción del paciente respecto a su independencia con el uso del amplificador. Los datos obtenidos, reflejan que ha habido un cambio muy llamativo en el paciente en cuanto a este aspecto, siendo muy positivo. La perspectiva de la mujer también fue más positiva, aunque de una manera menos pronunciada. La valoración de los terapeutas fue constante en ambas valoraciones (Tabla 7) (Figura 3).

	Pretest (Ptos.)	Postest (Ptos.)
<b>Paciente</b>	23/24	12/24
<b>Mujer</b>	22/24	20/24
<b>Terapeutas</b>	19/24	19/24

**Tabla 6.** Resultados de la Escala de Independencia Funcional Comunicativa.

Nota. Las puntuaciones más altas reflejan mayor grado de dependencia autopercebida.

Los ítems mejor valorados fueron los relacionados a hablar con personas conocidas, ser entendido durante la lectura en voz alta, así como su eficacia en los procesos comunicacionales cuando el ruido ambiental es mínimo; los que se mantuvieron intactos con peores puntuaciones fueron los alusivos al uso del teléfono, la calidad de la voz y habla, así como las emisiones que se puedan dar en situaciones de peligro.



**Figura 3. Comparación de los resultados de la Escala de Independencia Funcional Comunicativa.**

## 5.2 Resultados de las pruebas vinculadas a la emoción y la calidad de vida:

### A) PDQ-39: Cuestionario de calidad de vida en la EP<sup>31</sup>.

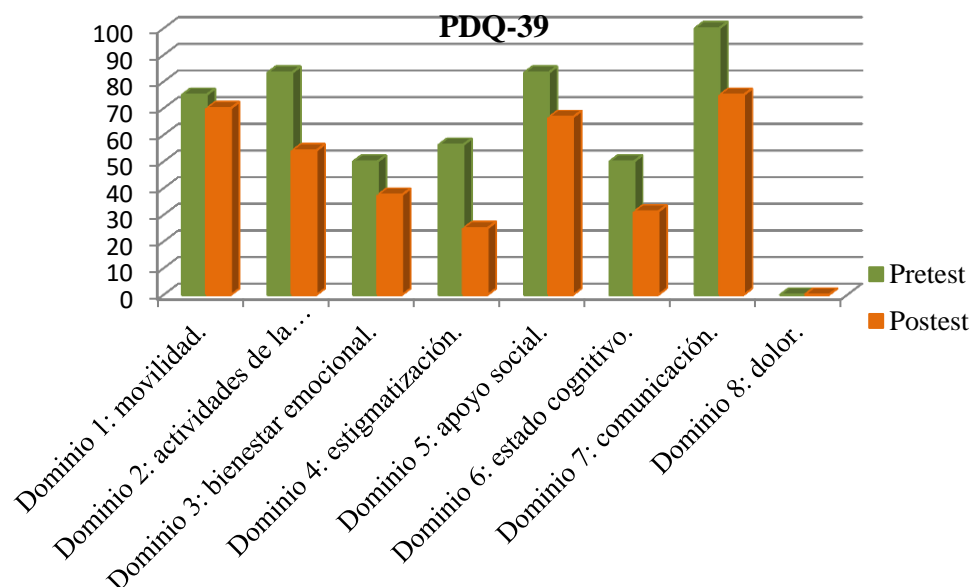
El compromiso de la calidad de vida calculado, determina una notable mejoría, descendiendo un 11,44% la puntuación total. Estos resultados positivos se repartieron de manera equilibrada entre los ocho dominios valorados, resaltando un descenso del 12,5% y 25% en los dominios 3 y 7 (bienestar emocional y comunicación, respectivamente), ya que fueron los de principal interés para la presente investigación (Tabla 8) (Figura 4).

Según lo cumplimentado por el paciente, estas mejoras en el estado emocional reflejan una disminución de las sensaciones de soledad y asilamiento, así como de la ansiedad y del nerviosismo.

	Pretest (%)	Postest (%)
<b>Dominio 1: movilidad.</b>	75	70
<b>Dominio 2: actividades de la vida cotidiana.</b>	83,33	54,16
<b>Dominio 3: bienestar emocional.</b>	50	37,5
<b>Dominio 4: estigmatización.</b>	56,25	25
<b>Dominio 5: apoyo social.</b>	83,33	66,66
<b>Dominio 6: estado cognitivo.</b>	50	31,25
<b>Dominio 7: comunicación.</b>	100	75
<b>Dominio 8: dolor.</b>	0	0

**Tabla 8.** Resultados obtenidos del PDQ-39 en los distintos dominios.

Nota. Las puntuaciones más bajas indican un mejor estado de salud autopercebido.



**Figura 4.** Comparación de los porcentajes obtenidos en el PDQ-39 en todos los dominios.

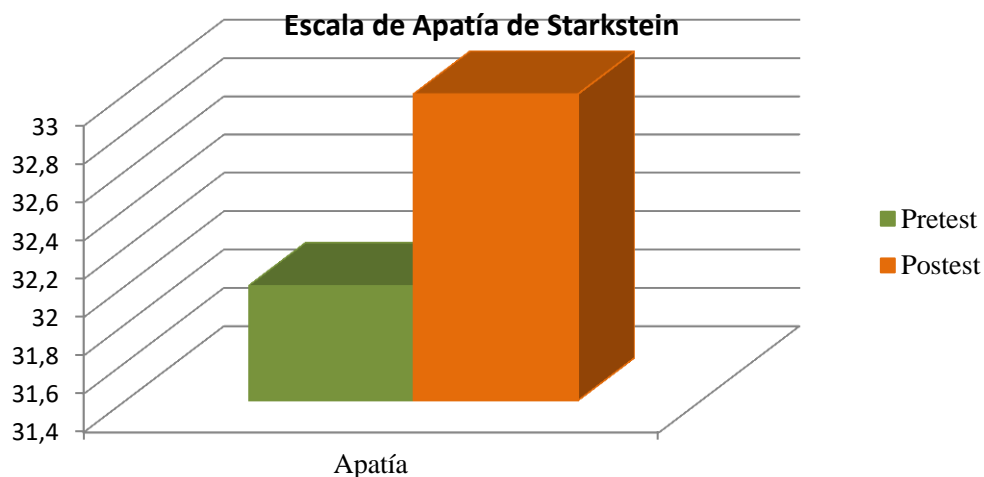
B) *Cuestionario de Apatía de Starkstein*<sup>32</sup>.

Se incrementa en un punto el resultado, reflejando un leve aumento del estado apático del paciente (Tabla 9) (Figura 5).

Entre sus puntuaciones más significativas, se destacan: necesidad de gran esfuerzo para hacer actividades, escasa búsqueda de cosas que hacer, no realización de planes para el futuro, motivación intermitente y sensación de indiferencia hacia muchas cosas. El paciente se consideró así mismo apático, siendo habitual en él un estado de ánimo “en término medio”, según el cuestionario.

	Pretest (Ptos.)	Postest (Ptos.)
<b>Apatía</b>	32	33

**Tabla 9.** Resultados obtenidos en la Escala de Apatía de Starkstein.



**Figura 5.** Comparación de los resultados obtenidos en la Escala de Apatía de Starkstein.



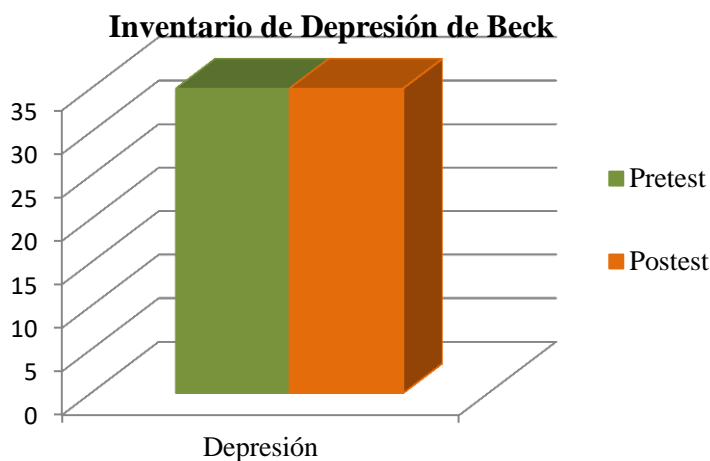
C) *Inventario de Depresión de Beck*<sup>33</sup>.

En tercer lugar, en cuanto a la depresión, la puntuación se mantuvo constante, indicando un estado de *depresión grave* (Tabla 10) (Figura 6).

	Pretest (Ptos.)	Postest (Ptos.)
<b>Depresión</b>	35	35

**Tabla 10.** Resultados del Inventario de Depresión de Beck.

Las afirmaciones más significativas señaladas por el paciente, fueron: estado de tristeza continuo, sensaciones de desesperanza, insatisfacción, culpabilidad, castigo, vergüenza, irritabilidad e incapacidad. Señaló, además, dificultades para dormir y tomar decisiones, sin embargo no se preocupaba más que antes sobre su estado de salud.



**Figura 5.** Comparación de los resultados del Inventario de Depresión de Beck.

### 5.3 Resultados de las pruebas vinculadas a la satisfacción social y personal:

A) *Cuestionario de satisfacción personal con el uso del amplificador.*

La información más relevante extraída de cada bloque fue la siguiente (Tabla 11):

- En el “Bloque I”, el paciente señaló que el uso y manejo del amplificador ha sido cómodo, sencillo para él y adaptado a sus necesidades. No lo ha empleado de una manera continuada a lo largo del día, sino en situaciones concretas.
- En el “Bloque II” indicó que el amplificador le supuso un menor esfuerzo en situaciones conversacionales específicas con pocos interlocutores y ambientes silenciosos. Tuvo más ganas de comunicarse, pero aun así sus dificultades de habla seguían latentes y en ocasiones la comunicación se veía entorpecida por los ruidos de acoplamiento del amplificador.
- En el “Bloque III” el paciente reconoció que el esfuerzo de su entorno próximo en hacerle partícipe de las conversaciones ha sido mayor, así como la comprensión de la patología, pero su estado de ánimo no mejoró. No se sintió más motivado con el uso del amplificador, ni consideró a éste como un avance para él. Tenía más expectativas sobre su eficacia.

	Aspectos positivos	Aspectos negativos
<b>BLOQUE I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Siempre me ha resultado cómodo el uso y manejo del amplificador”.</li> <li>- “Uso el amplificador y me encargo de su mantenimiento yo solo”.</li> <li>- “Su cuidado no conlleva un gran esfuerzo”.</li> <li>- “Llevar el amplificador puesto me resulta cómodo en casi todas las situaciones”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nunca llevo puesto el amplificador. Al principio sí, ahora sólo algunas veces”.</li> <li>- “Cuando hay mucha gente, me resulta difícil comunicarme incluso con el uso del amplificador”.</li> </ul>
<b>BLOQUE II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “A veces, hablar me supone menor esfuerzo”.</li> <li>- “Siempre tengo motivación por seguir trabajando en mejorar la voz y el habla”.</li> <li>- “Con el volumen de voz al máximo volumen se me</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sigue sin entenderse bien al hablar”.</li> <li>- “Tengo que repetir igual que antes lo que digo”.</li> <li>- “El acoplamiento del sonido del amplificador me molesta para hablar”</li> </ul>

	<p>oye”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Siento que tengo más ganas de comunicarme”.</li> <li>- “A veces, después de realizar los ejercicios de voz y habla, se me entiende mejor al hablar”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Continuo dependiendo de otra persona para comunicarme”.</li> <li>- “No me apetece más realizar actividades sociales desde el uso del amplificador, ni mantengo más conversaciones sobre los temas de interés”.</li> </ul>
<p><b>BLOQUE</b></p> <p><b>III</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Considero que mis familiares y amigos se han implicado en este proceso”.</li> <li>- “Comprenden mejor mi enfermedad y síntomas”.</li> <li>- “Se han esforzado en tener más conversaciones conmigo”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mi estado de ánimo no ha mejorado desde que hago uso del amplificador”.</li> <li>- “No me siento más motivado desde que lo utilizo”.</li> <li>- “No considero que el amplificador haya sido un avance en mi vida diaria”.</li> <li>- “Los mensajes que trasmite mi familia y amigos sobre el amplificador, son negativos”.</li> <li>- “Tenía mayores expectativas sobre el uso del amplificador”.</li> </ul>

**Tabla 11.** Recogida de opiniones del paciente a través del *Cuestionario de satisfacción personal con el uso del amplificador*.

#### B) *Cuestionario de satisfacción con el uso del amplificador de familiares y amigos*

Los datos recogidos han sido, bajo una perspectiva global, negativos. Según sus opiniones, no percibieron ningún cambio en el estado comunicativo o emocional del paciente gracias al uso del SAAC. Sintieron que las dificultades de habla y voz del paciente siguieron presentes con la misma intensidad. Además, aseguraron que no empleó el amplificador fuera de los tiempos de sesión.

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados e informaciones obtenidas han llamado, sin duda, la atención del investigador. Por un lado, sí se reflejan en las pruebas cumplimentadas beneficios comunicativos, sobre todo relacionados con las habilidades pragmáticas del paciente, así como autonomía comunicativa. Por otro lado, los datos aportados por el paciente y entorno próximo, revelan que apenas ha hecho uso del amplificador y que se le

continúan sin entender sus emisiones. Por lo que estos beneficios, no pueden ser atribuidos directamente al empleo del SAC en su vida cotidiana.

Sin embargo, las opiniones de los terapeutas difieren de las aportadas por el paciente y su entorno. Es cierto que las características disártricas del paciente (tal como lo reflejó el *Protocolo de valoración logopédica en la EP*<sup>30</sup>, con ciertas modificaciones) continuaron su progreso, pero con el uso del amplificador, aumentaba su volumen de voz ligeramente, así como su inteligibilidad, haciendo que la necesidad de solicitar repeticiones para comprender sus mensajes fuese menor. Además, durante las conversaciones con los terapeutas, se observó mayor predisposición para participar en ellas. Se determinó la importancia de que la actitud de los interlocutores fuese favorable<sup>35</sup> (evitando posibles barreras comunicativas) y se tratasen temas más centrados en sus intereses. Aun así, esta ambivalencia de opiniones hace ver que cuando se llevó a cabo la valoración final, el paciente se encontraba en plena fase de iniciación en el uso del amplificador.

En cuanto a los aspectos más emocionales, los resultados del *Cuestionario de Apatía de Starkstein*<sup>32</sup> y el *Inventario de Depresión de Beck*<sup>33</sup>, no dieron tanto pie al debate. La apatía empeoró levemente, pero se mostró muy elevada en las dos valoraciones. Esto supone de gran interés ya que, según ciertos estudios, la apatía supone una falta de motivación, disminución de las conductas, respuestas emocionales y cogniciones dirigidas a un fin, con repercusiones tanto clínicas como en la vida y funcionalidad del paciente<sup>36</sup>, por lo que se deduce su influencia sobre el rendimiento del paciente con el uso del amplificador. Por otro lado, manifestó un estado de *depresión grave*, lo cual es preocupante. Estos aspectos, titulados en el trabajo como emocionales pero con directa relación con lo neuropsicológico, han hecho más difícil la obtención de beneficios. En

añadido, la mejora del estado de calidad de vida, según refleja el *PDQ-39*<sup>31</sup>, transmite discrepancia con lo anterior, siendo difícil aportar una explicación sin llevar a cabo una evaluación más detallada sobre el tema.

Partiendo de lo comentado, se puede afirmar que sí se han producido beneficios comunicativos, sobre todo en los aspectos a los que se ha dirigido mayor atención: las habilidades conversacionales. Sin embargo, es necesario un entrenamiento mucho más intensivo, incidiendo sobre aquellas situaciones comunicacionales y sociales en las que el paciente es partícipe en su vida cotidiana, para alcanzar el éxito en cuanto a autonomía comunicativa. Los objetivos han de ser funcionales y estar ajustados a las capacidades del paciente.

La gran influencia de los aspectos neuropsicológicos sobre el rendimiento del paciente, hace que sea necesaria una evaluación periódica que detecte posibles avances o cambios. El tratamiento tiene que ser flexible.

Además, es de vital importancia considerar a la familia en todo momento, ya que por el contrario el tratamiento estará limitado, perdiendo así su eficacia. Para entrenar al paciente en el SAAC, también se debe entrenar a la familia, teniendo en cuenta el nivel de sobrecarga del cuidador/-a, el cual es frecuentemente elevado<sup>37</sup>.

Por último, otro se destaca la importancia del ajuste de expectativas. Tanto el paciente como su entorno próximo han de tener clara la finalidad del sistema, puesto que por el contrario, no solamente estarán insatisfechos, sino que además, se producirá el abandono del SAAC, y con él, el fracaso terapéutico.

## **Limitaciones del estudio y futuras líneas de trabajo**

Las limitaciones encontradas en la realización del estudio fueron las siguientes:

1. En primer lugar, la escasez de recursos bibliográficos que detallen las características de voz y habla de la PSP-PAGF, así como la investigación del uso de la CAA en esta patología.
2. La novedad y la falta de conocimiento del investigador sobre el tema, precisando mayor tiempo para la búsqueda de herramientas y soluciones, así como la organización de los distintos planes de actuación que han ido aconteciendo.
3. Necesidad de recoger la perspectiva de distintos profesionales para la selección del SAAC, ralentizando el proceso y suponiendo un mayor esfuerzo.
4. Propia complejidad de la patología, hablando en términos de sintomatología neurocognitiva (impulsividad, apatía, compulsividad, disfunciones ejecutivas y dificultades de memoria...).
5. Limitaciones de tiempo encontradas en el formato de trabajo PRODA. Se ha valorado la necesidad de un entrenamiento más intensivo sobre el uso del SAC, ya que una sesión semanal se considera una temporalidad no favorable para la consecución de todos los objetivos propuestos en el plan de tratamiento.
6. Progresión de la enfermedad y modificación de las circunstancias propias del paciente. Los cambios que se producen en la patología exigen una adaptación constante del tratamiento.

El presente estudio contribuye a aumentar la investigación realizada sobre el empleo de SAAC dentro del ámbito de la patología neurodegenerativa. A lo largo de su desarrollo, se han descubierto muchas posibilidades para futuras líneas de trabajo: desarrollo de

procesos de valoración, diseño de árboles de toma de decisiones para la selección de un SAAC en función de cada patología, creación de métodos de entrenamiento específicos con los sistemas, etc.

Existen muchas preguntas que todavía no tienen respuesta, y será responsabilidad del logopeda, junto con el trabajo coordinado de otros profesionales, tomar la iniciativa y las riendas de dicha investigación.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steele JC, Richardson JC, Olszewski J. Progressive supranuclear palsy. A heterogeneous degeneration involving the brain stem, basal ganglia and cerebellum with vertical gaze and pseudobulbar palsy, nuchal dystonia and dementia. Arch neurol 1964;10:333-59.
2. Torres L, Villafuerte M.V, Guevara E, Cosentino C. Características clínicas de la parálisis supranuclear progresiva en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Diagnóstico 2011;50(4):184-190.
3. Williams D.R., Lees A.J. Progressive supranuclear palsy: clinicopathological concepts and diagnostic challenges. Lancet Neurol 2009;8(3):270-79.
4. Rotemberg N.E.K. El PET en las demencias. Arch neurocién 2016; 21: 57-64.
5. Litvan I, Agid Y, Calne D, Campbell G, Dubois B, Duvoisin R et al. Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): Report of the NINDS-SPSP International Workshop. Neurology 1996;47(1):1-9.
6. Litvan I. Diagnosis and Management of progressive supranuclear palsy. Seminars in Neurology 2001; 21(1):41-48.
7. Litvan I, Bhatia K.P, Burn D.J, Goetz C.G, Lang A.E, McKeith I, et al. SIC Task Force appraisal of clinical diagnostic criteria for parkinsonian disorders. Movement Disorders 2003; 18(5):467-486.
8. Alzueta G, Erro M.E. Parálisis supranuclear progresiva. Rev Neurol 2012; 54 (4):S53-8.
9. Ling H. Clinical approach to progressive supranuclear palsy. J Mov Disord 2016; 9(1):3-13.



10. Rittman T, Rowe J. What's new in progressive supranuclear palsy? *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation* 2012;11(6): 8-10.
11. William D.R, Litvan I. Parkinsonian Syndromes. *Continuum Minneap Minn* 2013;19(5):1189-1212.
12. Burrell J, Hodges J, Rowe J. Cognition in corticobasal syndrome and progressive supranuclear palsy: A review. *Movement Disorders*. 2014; 29(5):684-693.
13. Martínez-Sánchez F, Meilán J.J.G, Carro J, Gómez C, Millian-Morrel L, Pujante I.M, et al. Estudio controlado del ritmo de habla en la enfermedad de Parkinson. *Neurología* 2016;31(7):466-472.
14. Melle N. Guía de intervención logopédica en la disartria. 1st ed. Madrid: Síntesis; 2008.
15. González R.A, Bevilacqua J.A. Las disartrias. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2012;23:299-309.
16. Kim J.H, MacCann C.M. Communication impairments in people with progressive supranuclear palsy: A tutorial. *Journal of Communication Disorders* 2015;56:76-87.
17. Hanson W, Metter E. DAF as Instrumental Treatment for Dysarthria in Progressive Supranuclear Palsy. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1980;45(2):268.
18. Hashimoto Y, Sakai K.L. Brain Activations During Conscious Self-Monitoring of Speech Production With Delayed Auditory Feedback: An fMRI Study. *Human Brain Mapping* 2003;20:22-28.

19. Orient-López F, Terré-Boliart R., Guevara-Espinosa D, Bernabeu-Guitart M.  
Tratamiento neurorrehabilitador de la esclerosis lateral amiotrófica. Rev Neurol  
2006; 43;549-555.
20. Torres Monreal S, Gallardo Jáuregui M. Sistemas alternativos de comunicación.  
1st ed. Archidona: Aljibe; 2001.
21. Ceres R, Calderón L, Frizera A, Raya R. Las Tecnologías de Apoyo a la  
Discapacidad. En: Libro de Ponencias: IV Jornadas Iberoamericanas de  
Tecnologías de Apoyo en Parálisis Cerebral. Madrid. Asociación  
Iberoamericana de Tecnologías de Apoyo a la Discapacidad: 2009 p. 16.
22. Gross R, Grossman M. Update on apraxia. Current Neurology and Neuroscience  
Reports. 2008;8(6):490-496.
23. Donoso A, Figueroa C, Gómez R, Behrens P. Demencia frontotemporal:  
Experiencia clínica. Revista médica de Chile. 2009;137(7):900-905.
24. Josephs K. Frontotemporal dementia and related disorders: Deciphering the  
enigma. Annals of Neurology. 2008;64(1):4-14.
25. Kertesz A. The evolution and pathology of frontotemporal dementia. Brain  
2005;128(9):1996-2005.
26. Lorenzo T, Lorenzo V, Blanco S. Demencia frontotemporal en psiquiatría.  
Psiquiatría.com 2013;17:14.
27. Miranda-Sivelo A, Cámara-Barrio S, Martín-Polo J. Aspectos neuropsiquiátricos  
de la parálisis supranuclear progresiva: análisis de un caso. Psiq Biol  
2012;19(51):62-64.
28. Clemente I, Aviñó C. Papel de la logopedia en el tratamiento de la disartria en la  
enfermedad de Parkinson. Neurol Supl 2007;3(7):30-33.

29. Wainer A. Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subj. procesos cogn* 2012;16(2):214-222.
30. Zurita Moreno A. Guía técnica de intervención logopédica en la enfermedad de Parkinson. 1st ed. Madrid: Síntesis; 2010.
31. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Peto V, Greenhall R, Hyman N. The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age and ageing* 1997;26:353-357.
32. Starkstein S.E, Mayberg H.S, Preziosi T, Andrezejewski P, Liguarda R, Robinson RG. Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1992;4(2):134-139.
33. Sanz J, García-Vera M.P, Espinosa R, Fortún M y Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II):3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 2005;16(2):121-142.
34. Navalón C, Gómez M, Soto F.J, Ivars E, Méndez D, Franco A.M. Proyecto C.A.R (Comunicación Aumentativa en la Red).
35. Gallardo B, Moreno V. Estrategias colaborativas de compensación del déficit lingüístico: la importancia del interlocutor-clave en el índice de participación conversacional. *Pragmalingüística* 2006;13:17-32.
36. Bottini A, Etcheverry J.L, Persi G.G, Zezza H, Starkstein S, Gatto E.M. Apatía en enfermedad de Parkinson: Impacto sobre la calidad de vida. *Medicina* 2009;69 (2):253-258.
37. Isla P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados*, año IV 2000;7-8:187-194.

## 8. ABREVIATURAS

- **PSP:** Parálisis Supranuclear Progresiva.
- **GP:** Globo Pálido.
- **NST:** Núcleo Subtalámico.
- **NR:** Núcleo Rojo.
- **SN:** Sustancia Negra.
- **PT:** Tegmento Pontino.
- **DN:** Núcleo Dentado.
- **EP:** Enfermedad de Parkinson.
- **PSP-RS:** Parálisis Supranuclear Progresiva-Richardson.
- **PSP-PAGF:** Parálisis Supranuclear Progresiva-Pure Akinesia with Gait Freezing.
- **PSP-P:** Parálisis Supranuclear Progresiva- Parkinson.
- **ELA:** Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- **DAF:** Delayed Auditory Feedback.
- **CAA:** Comunicación Aumentativa y Alternativa.
- **SAAC:** Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación.
- **AITADIS:** Asociación Iberoamericana de Tecnologías de Apoyo a la Discapacidad.
- **TFG:** Trabajo Fin de Grado.
- **EUG:** Escuela Universitaria Gimbernát.
- **PRODA:** Programa Docente Asistencial.
- **MCP:** Memoria a Corto Plazo.
- **TMS:** Tiempo Máximo de Soplo.

- **TMF:** Tiempo Máximo de Fonación.
- **T.A.R:** Test de Articulación a la Repetición.
- **BVDA** Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia.
- **TVB:** Test de Vocabulario de Boston.
- **BETA:** Batería de Evaluación de los Trastornos Afásicos.
- **PREP-INIA:** Protocolo Rápido de Evaluación pragmática.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1-Hoja de consentimiento informado.



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Beneficios de la implantación de un SAAC en un paciente con PSP

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Susana García Pinedo

**CENTRO:** Escuela Universitaria Gimbernát (Torrelavega)

D./Dña. \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente en MAYÚSCULAS)

-He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio arriba indicado.

-He recibido suficiente información sobre el estudio.

-He realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.

-He hablado con el Tutor, -a: .....  
con quien he clarificado las posibles dudas.

-Comprendo que mi participación es voluntaria.

-Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin dar explicaciones
- Sin que repercuta en mis cuidados médicos

-Comprendo que la información personal que aporte será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento.

-Comprendo que mi participación en el estudio implica autorizar el empleo de información de carácter personal y confidencial, y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del investigador

Firma del paciente

Fecha \_\_\_\_\_  
(la fecha debe estar cumplimentada de puño y letra por el paciente)

-----

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_  
retiro el consentimiento otorgado para mi participación en el estudio arriba citado.

Fecha y firma:

## Anexo 2- Hoja de información al paciente.



### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** BENEFICIOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SAAC EN UN PACIENTE CON PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (PSP)

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Susana García Pinedo

**CENTRO:** Escuela Universitaria Gimbernat (Torrelavega)

#### INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y respeta la normativa vigente.

Nuestra intención es proporcionarle información adecuada y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio. Para ello lea con atención esta hoja informativa y luego podrá preguntar cualquier duda que le surja relativa al estudio. Además puede consultar con cualquier persona que considere oportuno.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar. En caso de que decida participar en el estudio puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico y sin que se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio consiste en determinar posibles beneficios, tanto comunicativos como emocionales, que se producen tras la implantación de un sistema alternativo o aumentativo de comunicación (SAAC), en un paciente diagnosticado de PSP. Se plasmará en el proyecto por tanto, todo el proceso terapéutico seguido con dicho paciente, tratando de evidenciar este proceso de manera científica, tomando como base investigaciones previas sobre esta línea de conocimiento.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

##### Beneficios de la participación en el estudio

Se espera mejorar el conocimiento científico relativo a la comunicación alternativa y aumentativa (CAA) en pacientes con patología neurodegenerativa, y puede que otros pacientes se beneficien en el futuro. Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo en su salud por su participación en este estudio.

Es posible que se beneficie del nuevo tratamiento experimental si se demuestra que es más eficiente que el habitual



### **Riesgos de la participación en el estudio.**

Tendrá que acudir a las visitas previstas en el estudio y someterse a las pruebas complementarias previstas en el protocolo del estudio.

Si su terapeuta del estudio considera que seguir participando puede suponer un riesgo para su salud puede retirarle del mismo aún sin su consentimiento.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Todos los datos de carácter personal se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento que la desarrolla.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código de forma que no sea posible la identificación del paciente. Sólo el investigador y personas autorizadas relacionadas con el estudio tendrán acceso a dicho código y se comprometen a usar esta información exclusivamente para los fines planteados en el estudio. Los miembros del Comité Ético de Investigación Clínica o Autoridades Sanitarias pueden tener acceso a esta información en cumplimiento de requisitos legales. Se preservará la confidencialidad de estos datos y no podrán ser relacionados con usted, incluso aunque los resultados del estudio sean publicados.

### **DATOS DE CONTACTO**

Si tiene dudas en cualquier momento puede contactar con el terapeuta del estudio (*también se puede especificar un horario*):

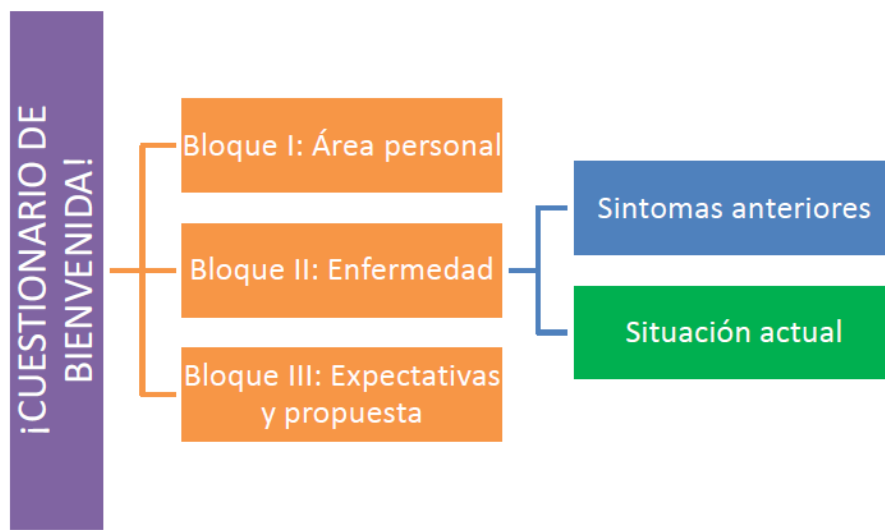
Tutor, -a: \_\_\_\_\_

Tfno. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Anexo 3- Entrevista inicial.

Cuestionario de Bienvenida | **Caso 11**



### BLOQUE I: Área personal

*Este apartado se completará a través de una conversación distendida entre todos los participantes, donde se realizarán preguntas de índole personal y se dejará espacio a la improvisación, prestando especial atención a aquellos aspectos que nos quiera comunicar el paciente.*

### BLOQUE II: Enfermedad y Sintomatología

*El segundo bloque consistirá en conocer cuál es el estado actual del paciente, para así poder comparar los datos obtenidos anteriormente y describir su evolución.*

1. ¿Ha vuelto a acudir al neurólogo? ¿Qué le comentó? ¿Qué opina sobre ello?
2. ¿Ha realizado cambios en su medicación? Si es así, ¿Cómo se encuentra con ella?

### Repaso de los síntomas generales

3. ¿Siguen presentes los siguientes síntomas?

Síntoma	+	-	=	Observaciones/anotaciones
Apatía				
Impulsividad/deshinibición				
Rigidez muscular				
Conductas de tipo obsesivo-compulsivo.				
Alteraciones en la marcha				
Disartria				
Inestabilidad postural				
Freezing				
Apraxia del movimiento				
Hipomimia				
Fatiga				

### Síntomas relacionados con la comunicación

4. ¿Cómo percibe su voz hoy en día?
5. ¿Siente que tiene dificultades en la articulación de las sílabas o de las palabras?
6. ¿Le cuesta realizar en especial algún sonido?

## Cuestionario de Bienvenida

### Caso 11

7. ¿Se “traba” a menudo al hablar?
8. ¿Tiene dificultades para realizar frases cortas? ¿Y largas?
9. ¿Le cuesta organizar las palabras dentro de una oración?
10. Cuando la gente le pide que repite de nuevo lo que ha dicho, ¿A qué crees que se debe?
11. Si necesita utilizar una palabra en concreto, ¿siente con relativa frecuencia que se le quedan “en la punta de la lengua”?
12. ¿Tiene dificultades para comprender frases largas? ¿Y cortas?
13. Si los demás hablan demasiado rápido, ¿le cuesta comprender lo que le dicen?
14. ¿Tiene dificultades para adaptar su lenguaje según el lugar en el que se encuentra?
15. Cuando se encuentra dentro de un grupo, ¿le cuesta seguir el hilo de la conversación?  
¿Cuándo?
16. ¿Utilizas las nociones aprendidas en las sesiones de Logopedia en el curso anterior?
17. ¿Crees que ahora los demás tienen en cuenta más tu situación? ¿Emplean alguna pauta o estrategia concreta?

## Cuestionario de Bienvenida

## Caso 11

### Síntomas referidos a funciones mentales

18. ¿Tiene cambios bruscos de estado de ánimo?
19. ¿Le cuesta adaptar su comportamiento según el lugar donde se encuentra o ante gente desconocida? ¿Cómo actúa?
20. Cuando alguien te cuenta sus preocupaciones, ¿le cuesta ponerse en su lugar?
21. ¿Siente que es menos “sensible” que antes?
22. ¿Se le hace cada vez más difícil la toma de decisiones?
23. ¿Requiere un mayor esfuerzo para usted la realización de tareas complejas, como conducir un coche?
24. ¿Tiene problemas para mantener la atención, o la puede mantener por menos tiempo que antes?
25. ¿En ocasiones se siente “torpe” al realizar una actividad?
26. ¿A veces se queda “en blanco” mientras realiza una tarea secuenciada? Por ejemplo, poner una película en el DVD, encender la tele y buscar el canal, lavarse los dientes...
27. ¿Su estado de ánimo podría ser definido en líneas generales como “depresivo”?
28. ¿Tiene dificultades para reconocer las caras de gente conocida?
29. ¿Se le olvidan situaciones vividas?

30. ¿Tiene dificultades para saber el momento del día en el que se encuentra?

Síntomas relacionados con las FONV

1. ¿Mastica y traga sin dificultad?
2. ¿Le cuesta comer algún tipo de alimento?
3. ¿Ha puesto en práctica durante este tiempo la respiración trabajada en las sesiones de logopedia?

**BLOQUE III: Expectativas y motivación personal**

*Por último, queremos conocer cuáles son las expectativas de trabajo de nuestro paciente.  
Además le propondremos nuestra propuesta terapéutica.*

¿Cuáles son sus expectativas a alcanzar en las sesiones de Logopedia?

## Anexo 4-Entrevista sobre SAAC.

### Entrevista SAAC | PRODA

#### NECESIDAD Y USO

- ¿Creéis que es necesario instaurar una CAA?
- ¿Qué necesidades crees que tienes para tomar esta decisión?
- ¿Opináis que será mejor instaurar que apoye la comunicación existente o que la suprima?

Una vez escogido un sistema que se adapte a sus características...

- ¿Creéis o estáis dispuestos a dedicar un tiempo para su aprendizaje?

En cuanto a su uso, ¿lo utilizarías en tu día a día?

- ¿Te costaría el hecho de tener que recurrir a ello para comunicarte?
- ¿En qué contextos? ¿Con tus familiares y amigo o con todo el mundo?
- ¿Creéis que con el uso de un SAAC se dejaría de lado la rehabilitación vocal?

#### TIPO DE DISPOSITIVO

En cuanto al formato... ¿Qué tipo de dispositivos utilizas habitualmente?

¿Qué tal se te da manejarlo? ¿Hay momentos en los que encuentres dificultades? ¿De qué tipo?

¿Cómo te gustaría que fuese?

- Formato: táctil / con botones
- Acceso: Directamente con el dedo o mano o con algún mediador:
- Importancia por la complejidad:
- Preferencia con pocos o muchos botones:
- Tamaño:
- ¿Te gustaría poderlo disimular?
- ¿Te generaría algún sentimiento negativo el usarlo en público?
- Peso:
- Lugar donde te gustaría llevarlo (colgado/en la silla, preferencia de lado/:

#### COSTE

¿Sería un inconveniente que tuviese un coste de uso y/o mantenimiento?

¿Hasta cuanto invertiríais en un dispositivo de este tipo?

#### CAMBIOS

- ¿Qué síntomas crees que mejorarían con su uso?
- ¿Qué emociones podrían cambiar?
- ¿Aumentaría tu deseo por comunicarte?
- ¿Y por retomar algunas actividades?

## Entrevista SAAC | PRODA

---

- ¿Crees que te sentirías incluido en las conversaciones?



## Anexo 5- Cuestionario sobre SAAC para familiares y amigos.

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria



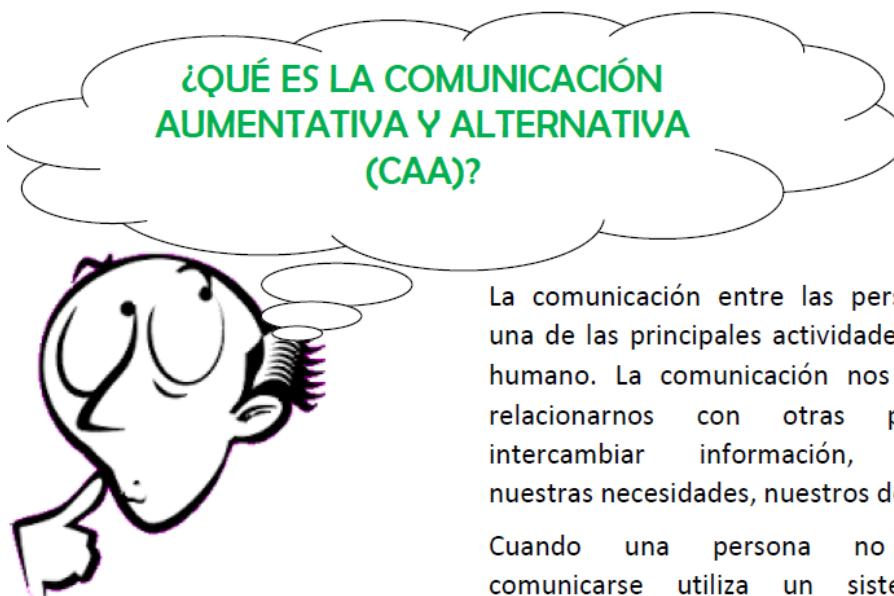
### ¡Estimada familia y amigos de caso 11!

Nos ponemos en contacto con ustedes desde del Programa Docente Asistencial (PRODA) de las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria, en Torrelavega. Como ya saben, llevamos teniendo el placer de trabajar con él , desde el año pasado, desde el Servicio de Logopedia.

Teniendo en cuenta sus habilidades y necesidades comunicativas, nuestra propuesta de trabajo para este curso va a estar dirigida a la implantación de un SAAC (Sistema Alternativo o Aumentativo de Comunicación). Consideramos que ustedes son personas fundamentales en su vida, y por tanto, parte activa y esencial de nuestro tratamiento.

Nos interesa en gran medida conocer cuáles serían sus opiniones acerca de esta propuesta de trabajo, así como sus expectativas e implicación, que podrán plasmar en el *"Cuestionario para familia y amigos de personas candidatas a un SAAC"*, anexo en este documento.

Pero antes de nada...



La comunicación entre las personas es una de las principales actividades del ser humano. La comunicación nos permite relacionarnos con otras personas, intercambiar información, mostrar nuestras necesidades, nuestros deseos...

Cuando una persona no puede comunicarse utiliza un sistema de comunicación diferente. Este sistema de comunicación puede ser **alternativo** o **aumentativo**.

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
 Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria

- ❖ Decimos que un sistema de comunicación es **alternativo** cuando sustituye al lenguaje oral. Es una alternativa a una comunicación distinta del habla, por ejemplo, el uso de signos manuales y gráficos. (Comunicarse mediante gestos, escritura, imágenes...)
- ❖ Decimos que un sistema de comunicación es **aumentativo** cuando complementa el lenguaje oral, ya que éste por sí solo no es suficiente para establecer una comunicación efectiva.

Tanto la comunicación alternativa como la aumentativa pueden ser sistemas que requieran algún tipo de ayuda o, por el contrario, prescindan de ella.

- Un sistema **sin ayuda** es aquel que no necesita ningún instrumento ni producto de apoyo para que se establezca la comunicación. La persona se comunica con su propio cuerpo.



	A		B		C		Ç
	D		E		F		G
	H		I		J		K
	L		M		N		O
	P		Q		R		S
	T		U		V		W
	X		Y		Z	alfabet dactilògic	

- Por el contrario, un sistema **con ayuda** requiere algún tipo de producto de apoyo o aparato para que se pueda establecer la comunicación. La persona no se comunica con su propio cuerpo.

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
 Escuelas Universitarias Gimbernát-Cantabria



Tanto la comunicación aumentativa o alternativa que cuentan o no con ayuda permiten al sujeto integrarse y participar en la sociedad en igualdad de derechos y oportunidades.

## Cuestionario para familia y amigos de personas candidatas a un SAAC

---

- Fecha: \_\_\_\_\_
- Relación con el paciente: familiar/amigo/otros
- En caso de ser familiar, especificar parentesco: \_\_\_\_\_

El presente cuestionario, está dedicado a todas las personas que formen parte del entorno más cercano de los usuarios candidatos a la implantación de un SAAC (Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación). El objetivo fundamental de este cuestionario es extraer información sobre usted y su relación con la persona candidata al SAAC, así como su actitud, opinión y expectativas ante la implantación de un sistema de comunicación.

### Instrucciones

Usted va a encontrar tres bloques denominados “Lo general”, “Lo particular” y “Lo social”, respectivamente. En cada uno de ellos encontrará una serie de afirmaciones. Tendrá que marcar un [X] en:

- “Sí”, si la afirmación corresponde con su opinión.
- “No”, en caso contrario.

Es necesario que usted tenga en cuenta que la información que nos va a aportar resultará muy significativa para nuestra práctica terapéutica. Por ello, rogamos que conteste a las afirmaciones planteadas con completa sinceridad. Recuerde que el cuestionario es anónimo.

### **Bloque I: Lo general.**

**Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**

	Sí	No
He visto utilizar alguna vez un SAAC.		
He tenido la oportunidad de participar en la implantación y uso de un SAAC en una persona cercana.		
El SAAC tan sólo lo utilizan las personas con dificultades comunicativas.		
El uso de SAAC es incompatible con la mejora de las dificultades en voz, habla y lenguaje.		
La implantación de un SAAC supone la renuncia total al lenguaje oral.		
Un SAAC dura toda la vida desde el momento de su implantación, de forma permanente.		
El SAAC debe estar diseñado teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Cada SAAC es individual y único.		

**Bloque II: Lo particular.**

	Sí	No
Percibo en mi familiar o amigo las necesidades de apoyo en sus habilidades comunicativas.		
Considero que un SAAC podría resultar un buen instrumento de ayuda para mi familiar o amigo.		
Creo que éste debería utilizar el sistema de comunicación en todos los momentos.		
Pienso que sólo debería utilizarlo en momentos o situaciones concretas.		
Creo que el mejor sistema para él/ella debería ser <u>aumentativo</u> .		
El sistema más adecuado tiene que ser <u>alternativo</u> .		
Con la utilización de un SAAC, la persona ganará una mayor autonomía personal.		
El empleo del SAAC podría "acomodar" a mi familiar o amigo, cesando el esfuerzo en la rehabilitación vocal.		
Algunos de los síntomas de la enfermedad de mi familiar o amigo, se verán reducidos gracias a un sistema de comunicación.		
Disminuirá en gran medida el aislamiento en las conversaciones.		
Conllevará mucho esfuerzo para la persona.		
En el caso de que se establezca un SAAC, sería adecuado que se tuviera en cuenta su movilidad (por ejemplo, adaptarlo a dispositivos de movilidad, motricidad de las manos...)		
Pienso que llevará demasiado tiempo el aprendizaje de este sistema.		
Considero que sería más fácil para usar en él/ella un sistema con botones.		
Mejor un sistema táctil.		



Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria



### **Bloque III: Lo social.**

	Sí	No
Me gustaría ser partícipe en la implantación del SAAC en mi familiar o amigo.		
Estoy dispuesto a dedicar tiempo al aprendizaje de este nuevo método de comunicación.		
Creo que a través de estos sistemas podremos entender mucho mejor su situación.		
Sería interesante que aprendamos este recurso todos los miembros de la familia o grupo de amigos.		
Es posible que podamos retomar actividades que hacíamos tiempo atrás.		
Considero importante tener presentes estrategias y pautas para que nuestras conversaciones sean más eficaces.		
Su estado de ánimo mejorará con la implantación del SAAC.		
Me va a costar mucho esfuerzo recurrir a este sistema para comunicarme con la persona.		
Podría utilizarlo incluso ante personas desconocidas.		
Es posible que cambie incluso su rol social dentro de nuestro grupo: por ejemplo, pedir la cuenta en un bar.		
Mis conversaciones con él/ella podrán alcanzar una mayor profundidad.		
Me comunico con él/ella mediante mensajería (ej. WhatsApp, correo electrónico...)		
Sus mensajes a través de dispositivos electrónicos se entienden con facilidad.		
Estos mensajes resultan en ocasiones difíciles de entender.		
Tengo buenas expectativas ante esta propuesta de trabajo.		
No tengo muchas esperanzas ante esta propuesta de trabajo.		

**Otras aportaciones:** *En este apartado podrá incluir todas las anotaciones o ideas que tenga acerca de nuestra propuesta terapéutica. Para nosotros sería de gran utilidad conocer qué tipo de relación tiene con la persona candidata y qué aspectos tendría usted en cuenta a la hora de implantar un SAAC en ella.*

## Anexo 6- Protocolo de valoración logopédica en EP, con ciertas modificaciones.

### Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



#### RESPIRACIÓN

##### → Modo respiratorio

SENTADO	Marca [X]
Nasal	
Bucal	
Combinado	
DE PIE	
Nasal	
Bucal	
Combinado	
DE CÚBITO SUPINO	
Nasal	
Bucal	
Combinado	

##### → Tipo respiratorio

- **Sentado (marcar [x]) Observación y palpación con manos:**
  - Costoclavicular
  - Torácico
  - Costo-diafragmática
  - Invertido/ paradójica
- **De pie (marcar [x]) Observación y palpación:**
  - Costoclavicular
  - Torácico
  - Costo-abdominal
  - Invertido/paradójica
- **Tumbado boca arriba**

Palpación de tipo respiratorio (marca [x])

- Costoclavicular
- Torácico
- Costo-abdominal
- Invertido

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



### → Patrón respiratorio durante la fonación

- Funcional
- Superficial
- Gasto de aire residual
- Fonación sin aire
- Dificultad para recuperar la respiración tras un proceso pequeño de fonación vocal.

### → Resistencia para un habla sostenida (contar en alto hasta 25):

- Tiempo que tarda en contar hasta 25:
- Ritmo (regular/irregular, rápido/lento):
- Cuántas pausas realiza y cada cuántos números:

Tiempo de soplo (TS) /s/:

1ª: \_\_\_\_\_ sg

2ª: \_\_\_\_\_ sg

3ª: \_\_\_\_\_ sg

☐ Instrumental: Cronómetro.

## FONACIÓN

### → Intensidad (marcar [x])

- Normal
- Hipofónica audible
- Hipofónica inaudible
- Finales de oración áfonos
- Correcta fluctuación de la intensidad vocal
- Monotonía de la intensidad



## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



✓ Tiempo máximo de fonación (TMF) /a/:

1ª: \_\_\_\_\_ sg

2ª: \_\_\_\_\_ sg

3ª: \_\_\_\_\_ sg

Instrumental: Cronómetro.

✓ Cociente fono-respiratorio (TS/TMF):

- ☐ Ataque glótico preciso.
- ☐ Ataque glótico duro.
- ☐ Ataque glótico soplado.
- ☐ Fonación firme.
- ☐ Voz trémula.

→ **Tono** (marcar [x])

- Agravado
- Agudo
- Normal
- Monótono

→ **Timbre:**

Escala GRABS

	0 ausencia	1 leve	2 Moderada	3 Severa
Grado de disfonía				
Ronquera				
Astenia				
Breathy, escape de aire				
Strain, tensión				

G= Grado de disfonía

R= Ronquera, aspereza, impresión al oído de irregularidad en la vibración de las cuerdas vocales.

A= Astenia, debilidad, poco alcance o intensidad.

B= Escape de aire, defecto de cierre glótico.

S= Tensa, constreñida, apretada.

# Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



## RESONANCIA

(Material: linterna, depresor, guantes, espejo de glaztel)

Observación velo de paladar en reposo:

Observación de velo de paladar emitiendo /a/ - /m/:

→ Lectura de palabras

Sonidos nasales	Sonidos no nasales
Teléfono	Clase
Amarillo	Casa
Blanco	Rata
Negro	Percha
Sombrilla	Zapato
Nariz	Sofá
Uñas	Libro
Lengua	Parque

- Normal
- Hipernasalidad
- Hiponasalidad

## ARTICULACIÓN

En el habla espontánea:

- Articulación preservada
- Imprecisión articulatoria
- Dislalia                      Tipo: .....
- Bloqueos
- Repeticiones

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



**Test de articulación a la repetición TAR:** (Adjuntada su propia hoja de registro).

- Articulación preservada
- Imprecisión articulatoria
- Dislalia                      Tipo: .....
- Bloqueos
- Repeticiones

**En Lectura de pares mínimos (palabras con contrastes fonéticos):**

Bota-boca	Cera-ceda
Pino-Fino	Pera-perra
Peso-queso	Gorro-corro
Pato-mato	Pilla-Piña
Pesa-besa	Jota-gota
Zumo-Sumo	Plato-Pato
Borro-forro	Lobo-globo
Nada-nata	Ropa-tropa
Mulo-muro	Presa-fresa
Nata-napa	Parecer-Padecer

- Articulación preservada
- Imprecisión articulatoria
- Dislalia                      Tipo: .....
- Bloqueos
- Repeticiones

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



**DIADOCOCINESIAS** (Material: cronómetro y grabadora)

Repetición:

Tiempo 10 segundos:

- **Dificultad para repetir deprisa pa** (=30 repeticiones)
  - Nº repeticiones: \_\_\_\_\_
  - Ritmo regular/irregular
  - Todo seguido/nº pausas: \_\_\_\_\_
- **Dificultad para repetir deprisa ta** (=25 repeticiones)
  - Nº repeticiones: \_\_\_\_\_
  - Ritmo regular/irregular
  - Todo seguido/nº pausas: \_\_\_\_\_
- **Dificultad para repetir deprisa ka** (=25 repeticiones)
  - Nº repeticiones: \_\_\_\_\_
  - Ritmo regular/irregular
  - Todo seguido/nº pausas: \_\_\_\_\_
- **Dificultad para repetir deprisa pataká** (=8 repeticiones)
  - Nº repeticiones: \_\_\_\_\_
  - Ritmo regular/irregular
  - Todo seguido/nº pausas: \_\_\_\_\_
- **Dificultad para repetir deprisa patachaká** (=8 repeticiones)
  - Nº repeticiones: \_\_\_\_\_
  - Ritmo regular/irregular
  - Todo seguido/nº pausas: \_\_\_\_\_
- **Dificultad para repetir deprisa u-i** (=20 repeticiones)
  - Nº repeticiones: \_\_\_\_\_
  - Ritmo regular/irregular
  - Todo seguido/nº pausas: \_\_\_\_\_

## MUSCULATURA ORO-FACIAL

Valoración de la movilidad

Movimientos linguales	
Sacar lengua	
Lengua arriba/ abajo	
Lengua derecha/izquierda	
Lengua recorre labio inferior/superior	
Lengua recorre el paladar	
Lengua toca carrillo derecho/izquierdo	
Sacar la lengua en canal	

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



Movimientos labiales	
Juntar los labios con fuerza	
Extender los labio hacia atrás	Sonrisa
Rozar el labio superior con el inferior	
Morder el labio superior/inferior	
Labios en posición de beso	
Prolongar el sonido de un beso	
Vibrar los labios	

Movimiento mandibulares	
Cerrar la boca y mantener	
Abrir y cerrar la boca	
Movimiento de masticación	
Lateralización de la mandíbula	

Movimientos velares	
Fonema nasal /m/	
Hinchar las mejillas y mantener	
Fonema oral /a/	
Hinchar las mejillas con contrarresistencia	

Valorar estos ítems según la realización:

1	2	3	4	5	6	7
A la orden	Por imitación	Con apoyo visual	Falta de fuerza	Imprecisión	Temblor	Descoordinación

8	9					
Rigidez	Bradicinesia					

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones

→ Lectura normal. Observaciones:

→ Lectura rápida de dos frases-lenta 2 frases:

→ Imitar diferentes patrones prosódicos con nuestro modelo:

-¿No se sienta usted?- le preguntó Rafaela.

-No, muchas gracias. Voy a dar un paseo por el monte...

-¿Es que no tiene usted miedo?- le dijo tránsito.

-Miedo de hacerme ilusiones- repuso Quinquín con galantería, saludando y yendo a buscar su caballo.

-¡Anda! Llévame a la grupa- saltó Remedios.

-No, no; te vas a caer.- dijo Rafaela.

-Si no me caigo-replicó la niña.

-El caballo es manos- advirtió Quinquín.

-Bueno; entonces llévela usted un poco...

-¿Quieres que te convide?- preguntó Quinquín.

-Sí.

*Pío Baroja (La feria de los discretos)*

- Mantiene una correcta prosodia en la entonación
- Falta de énfasis en la entonación
- Correcta entonación
- Monotonía en la entonación
- Equilibrio entre las pausas y emisiones al hablar
- Habla continuada sin pausas
- Capaz de acelerar el habla voluntariamente
- Incapaz de acelerar el habla voluntariamente
- Capaz de imitar distintos patrones prosódicos
- Incapaz de imitar distintos patrones prosódicos

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



### FLUIDEZ

#### → En la conversación espontánea:

- Habla fluida
- Habla fluida pero a veces ininteligible
- Habla no fluida pero inteligible
- Habla no fluida pero ininteligible

#### → En la lectura de frases:

- El muchacho pelirrojo cogía leña.
- Fueron a medir los arcos.
- ¿Has encendido tú mismo?
- Allí llovió más que en el Sur.
- Me gusta la ciudad en verano.
- Dame dos trozos de tarta, por favor.
- ¿Está el perro en un buen sitio?
- Necesito que busques el mío.
- Mañana llevarás la chaqueta roja.

(Monfort y Juárez, *Test de inteligibilidad*. Ed. Entha)

- Lectura fluida
- Lectura no fluida pero inteligible
- Lectura no fluida ininteligible

#### → En la lectura de un texto:

Aquella noche apenas logré conciliar el sueño. Amaneció un día apacible y con el cielo despejado. Me levanté y abrí la ventana. Los primeros rayos de sol bañaban montañas y valles. Olía a leña quemada, un olor muy habitual en las montañas de la India. A lo lejos se divisaba la ciudad, extendiéndose entre dos cerros. Había casas edificadas en las faldas de las montañas y otras en las cimas. A pesar de haber dormido poco me sentía lúcido y con gran vitalidad. Vi pasar a una joven de

## Protocolo de valoración logopédica en Enfermedad de Parkinson, con ciertas modificaciones



mejillas sonrosadas y, más allá, a la entrada del jardín, reconocí al chófer del coronel, en mangas de camisa, lavando con esmero el automóvil. Por delante de mi ventana se cruzó el jardinero, un hombre encorvado, muy viejo, que movió la cabeza en señal de saludo al verme. La neblina matutina, de un tono azulado, se agarraba a los campos como si se negara a separarse de ellos.

(R. Calle, *El Faquir*)

- Lectura fluida
  - Lectura no fluida pero inteligible
  - Lectura no fluida ininteligible
- Tasa de habla: \_\_\_\_\_ palabras/min (Cronómetro)

### EFICACIA COMUNICATIVA

- Comunicación eficaz.
- Mínima limitación para la comunicación.
- Limitación moderada para la comunicación.
- Requiere el uso de sistemas aumentativos de comunicación.
  - Especificar el sistema....
- Limitación severa para la comunicación.
- Requiere el uso de sistemas alternativos de comunicación.
  - Especificar el sistema....



### TEST DE ARTICULACIÓN A LA REPETICIÓN (T.A.R)

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Examinador: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_

FONEMAS		Sílaba Inicial	Sílaba Media	Sílaba Final	Sílaba Trabada
Bilabiales	B	Bote _____	Cabeza _____	Nube _____	Objeto _____
	P	Pato _____	Zapato _____	Copa _____	Apto _____
	M	Mano _____	Camisa _____	Suma _____	Campo _____
Labio - Dental	F	Foca _____	Búfalo _____	Café _____	Aftosa _____
	Dental	D	Dama _____	Cadena _____	Codo _____
Alveolares	T	Tapa _____	Botella _____	Mata _____	Etna _____
	S	Sapo _____	Cocina _____	Taza _____	Pasto _____
	N	Nido _____	Panera _____	Maní _____	Canto _____
	L	Luna _____	Caluga _____	Pala _____	Dulce _____
	R	Rosa _____	Poroto _____	Coro _____	Torta _____
Palatales	RR	Carroza _____	Perro _____		
	Y	Llave _____	Payaso _____	Malla _____	
	Ñ	Ñato _____	Puñete _____	Caña _____	
Velares	CH	Chala _____	Lechuga _____	Noche _____	
	K	Casa _____	Paquete _____	Taco _____	Acto _____
	G	Gato _____	Laguna _____	Jugo _____	Signo _____
J	José _____	Tejido _____	Caja _____	Reloj _____	
<b>Dífonos Vocálicos</b>					
Piano _____		Violín _____	Diuca _____		
Vaina _____		Auto _____	Fui _____		
<b>Dífonos Consonánticos</b>					
Tabla _____	Clavo _____	Flecha _____	Dragón _____		
Regla _____	Brazo _____	Fruta _____	Crema _____		
Premio _____	Atlas _____	Tigre _____	Plato _____		
Rey _____					
<b>Palabras Polisilábicas</b>					
Carabinero _____			Ametralladora _____		
Panadería _____			Helicóptero _____		
Caperucita _____			Bicicleta _____		
<b>Frases</b>					
1. El perro salta. _____					
2. La niña rubia come. _____					
3. Ana fue al jardín con su gatita. _____					
4. La guagua lloraba porque tenía hambre. _____					
5. El mono que estaba dentro de la jaula se perdió. _____					
6. Juanito se metió debajo de la cama para que no lo pillara su mamá. _____					

Observaciones. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma y Timbre

**Anexo 7-TBVDA. Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia, en formato abreviado.**

# Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia

**FORMATO ABREVIADO  
CUADERNILLO DE REGISTRO**

**TERCERA EDICIÓN**



Harold Goodglass, PhD

CON LA COLABORACIÓN DE

Edith Kaplan, PhD, y

Barbara Barresi, PhD

## TEST DE BOSTON PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AFASIA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Caso N°: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (marque uno):    V    M

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ ¿Hasta qué curso?: \_\_\_\_\_

¿A qué edad los finalizó? \_\_\_\_\_

Antecedentes ocupacionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes de lenguaje: Sólo español \_\_\_\_\_ Bilingüe \_\_\_\_\_

Primer idioma: \_\_\_\_\_ Idioma que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_

Dominancia manual (marque una):    Diestro    Zurdo    Ambidiestro

Antecedentes familiares de dominancia manual izquierda en familiares de primer grado  
(especifique el parentesco y si es de la línea materna o paterna):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naturaleza y duración de la enfermedad actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hemiplejía (marque una):    Derecha    Izquierda    Recuperada    Ausente

Hemianopsia (marque una):    Derecha    Izquierda    Recuperada    Ausente

Información de la localización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Origen de la información de la localización: \_\_\_\_\_

Otra información de interés: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## I. HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN

### A. *Respuestas sociales sencillas:*

Lleve a cabo una conversación informal que incorpore las preguntas sugeridas, con el fin de conseguir la mayor cantidad de respuestas deseadas. Anote las respuestas. Si fuera posible, grábelas.

1. "¿CÓMO ESTÁ USTED HOY?" ("Muy bien", "Bien" u otra respuesta apropiada.)
2. "¿HA ESTADO ALGUNA VEZ AQUÍ ANTES?" o "¿LO HE EXAMINADO ALGUNA VEZ ANTES?" ("Sí", "No" u otra respuesta pertinente.)
3. "¿CREE QUE PODEMOS AYUDARLO (LO HEMOS AYUDADO)?" ("Creo que sí", "Tal vez" o equivalente.)
4. "¿CREE QUE PUEDE MEJORAR?" ("Así lo espero" o equivalente.)
5. "¿CUÁNDO CREE QUE VA A TERMINAR EL TRATAMIENTO?" ("No lo sé", "Muy pronto", etc.)
6. "¿CUÁL ES SU NOMBRE COMPLETO?"
7. "¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN COMPLETA?" (Acepte como correctos calle, número y ciudad. Se puede preguntar por los elementos omitidos.)

**Puntuación:** Número de respuestas sociales apropiadas obtenidas \_\_\_\_\_ /7

### B. *Conversación libre:*

Con el fin de provocar la mayor cantidad posible de conversación, se sugiere al examinador que comience con temas familiares, como "¿A QUÉ SE DEDICABA USTED ANTES DE PONERSE ENFERMO?" o "CUÉNTEME QUÉ LE SUCEDIÓ PARA QUE LO TRAJERAN AQUÍ". Anime al paciente para que hable al menos durante tres minutos, si fuera posible. Evite las preguntas que requieren respuestas de "sí" o "no". Si no se graba la conversación, anote todo lo que sea posible.

**Transcripción literal:**

C. *Descripción de una lámina:*

Muestre el dibujo de “El Robo de las Galletas” de la lámina 1 e indíquele al paciente: “DÍGAME TODO LO QUE VEA QUE ESTÁ PASANDO EN ESTA LÁMINA”. Señale todos los rasgos ignorados por el paciente y solicite más elaboración si la respuesta del paciente es más pobre de lo que aparenta su capacidad potencial. Escriba al pie de la letra todo lo que pueda. Para la administración Estándar y Ampliada, se recomienda grabar la descripción y tener su transcripción para facilitar la puntuación.

Transcripción literal:

## ESCALA DE SEVERIDAD Y PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA (BASADO EN LA CONVERSACIÓN LIBRE, LA DESCRIPCIÓN DE UNA LÁMINA Y LAS FÁBULAS DE ESOPHO)

### ESCALA DE SEVERIDAD DE LA AFASIA

0. Ausencia de habla o de comprensión auditiva.
1. La comunicación se efectúa en su totalidad a partir de expresiones incompletas; gran necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracasos frecuentes al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla, de la comprensión o de ambas hace sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o de su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

### PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA

	1	2	3	4	5	6	7
1. AGILIDAD ARTICULATORIA facilidad a nivel fonémico y silábico	incapaz de formar los sonidos del habla			a veces torpe o esforzada			nunca defectuosa
2. LONGITUD DE LA FRASE emisión ocasional más larga ininterrumpida de palabras	1 palabra			4 palabras			7 palabras
3. FORMA GRAMATICAL variedad de construcciones gramaticales; uso de morfemas gramaticales	sin agrupamientos sintácticos de palabras			formas simplificadas o incompletas; omisiones de morfemas gramaticales			rango normal de sintaxis; facilidad normal con las palabras gramaticales
4. LÍNEA MELÓDICA (PROSODIA)	palabra por palabra o habla aprosódica			entonación de oraciones limitada a frases cortas			melodía normal
5. PARAFASIA EN EL HABLA SEGUIDA (Puntuar sólo si la LONGITUD DE LA FRASE es de 4 palabras o más)	presente en cada emisión			1-2 casos por minuto de conversación			ausente
6. ENCONTRAR PALABRAS EN RELACIÓN CON LA FLUIDEZ DE HABLA	habla fluida pero vacía			palabras informativas proporcionales a la fluidez			fundamentalmente producción de palabras con contenido
7. REPETICIÓN DE ORACIONES Puntuación percentil	0-20	30	40	50	60	70-80	90-100
8. COMPRENSIÓN AUDITIVA Percentil medio de los 3 subtests estándar	0-20	30	40	50	60	70-80	90-100
VOLUMEN							
VOZ							
VELOCIDAD							
	Hipofónico			Normal			Fuerte
	Suave			Normal			Ronca
	Lenta			Normal			Rápida

(4)

## II. COMPRENSIÓN AUDITIVA

### A. Comprensión de palabras:

1. **Discriminación de palabras:** Presente las láminas 2 a 15 e instruya al paciente para que señale el dibujo (color, letra o número) correspondiente a la palabra que se le diga. Se le da un punto por ítem si la respuesta es correcta antes de los 5 segundos y 1/2 punto si necesita más tiempo.

Anote las respuestas erróneas	< 5" (1 punto)	> 5" (1/2 punto)	Fracaso (0)
Para las partes del cuerpo, diga: "Señáleme su..."			
1. Hombro _____	_____	_____	_____
2. Mejilla _____	_____	_____	_____
Para el resto, diga: "Señáleme el/la..."			
3. Vela _____	_____	_____	_____
4. Oso _____	_____	_____	_____
5. Cacahuete _____	_____	_____	_____
6. Camisa _____	_____	_____	_____
7. Autocar _____	_____	_____	_____
8. Serrucho _____	_____	_____	_____
9. Hormiga _____	_____	_____	_____
10. Tulipán _____	_____	_____	_____
(Colores)			
11. Azul _____	_____	_____	_____
12. Marrón _____	_____	_____	_____
(Letras)			
13. T _____	_____	_____	_____
14. N _____	_____	_____	_____
(Números)			
15. 4 _____	_____	_____	_____
16. 13 _____	_____	_____	_____

Puntuación: \_\_\_\_\_ /16

### B. Órdenes:

Haga que el paciente cumpla las siguientes órdenes. Se le da un punto por cada elemento subrayado que acierte. Si el paciente lo pide, puede repetirse la orden, pero siempre repitiéndola entera, no por partes.

1. Señale el techo; luego el suelo.

(Después de alinear un lápiz, un reloj y una tarjeta, en ese orden, sobre la mesa delante del sujeto, diga...)

2. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes.

3. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos, manteniendo los ojos cerrados.

Puntuación: \_\_\_\_\_ /10

(5)

**C. Material ideativo complejo:**

Se presentan seis pares de preguntas y cada par consiste en un ítem para responder sí y otro para responder no. Se otorga un punto por cada par numerado si contesta bien tanto la pregunta a como la b. Obsérvese que se han entremezclado los ítems con números pares e impares para evitar una alternancia predecible de respuestas sí y no. Las preguntas 3 a 6 se basan en párrafos cortos que el examinador debe leer al paciente.

1a. ¿Se hunde un corcho en el agua?

2a. ¿Sirve el martillo para clavar clavos?

1b. ¿Se hunde una piedra en el agua?

1 a \_\_\_\_ b \_\_\_\_

2b. ¿Sirve un martillo para cortar madera?

2 a \_\_\_\_ b \_\_\_\_

**“VOY A LEERLE UNA HISTORIA CORTA Y DESPUÉS LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ELLA. ¿ESTÁ USTED PREPARADO?” (Lea a velocidad normal.)**

El Señor Pérez tenía que ir a Sevilla. Decidió tomar un tren. Su esposa lo llevó en coche a la estación, pero en el camino se les pinchó una rueda. Sin embargo, llegaron a la estación justo a tiempo para que él tomara el tren.

3a. ¿Perdió el tren el Señor Pérez?

4a. ¿Iba a Sevilla el Señor Pérez?

3b. ¿Llegó a tiempo a la estación el Señor Pérez?

3 a \_\_\_\_ b \_\_\_\_

4b. ¿Volvía de Sevilla el Señor Pérez?

4 a \_\_\_\_ b \_\_\_\_

**“AHORA VOY A LEERLE OTRA. ¿ESTÁ LISTO?”**

Un cliente entró a un hotel llevando un rollo de sogas en una mano y una maleta en la otra. El empleado del hotel le preguntó “Perdóneme, señor, pero ¿me podría decir para qué es la sogas?” “Sí”, replicó el hombre, “es mi salida de incendios”. “Lo siento, señor”, dijo el empleado, “pero todos los huéspedes que traen su propia salida de incendios deben pagar por adelantado”.

5a. ¿Llevaba el cliente una maleta en cada mano?

6a. ¿Sospechó el empleado del huésped?

5b. ¿Llevaba el cliente algo inusual en una mano?

5 a \_\_\_\_ b \_\_\_\_

6b. ¿El empleado confiaba en este huésped?

6 a \_\_\_\_ b \_\_\_\_

**Puntuación: \_\_\_\_ /6**

(6)



### III. EXPRESIÓN ORAL

#### A. Secuencias automatizadas:

Haga recitar al paciente cada una de las series siguientes, ayudándolo con la primera palabra si es necesario. Continúe ayudándolo si lo necesita, pero suspenda la serie cuando fracase en cuatro ítems seguidos. La puntuación depende del número de ítems consecutivos que el paciente sea capaz de decir sin ayuda del examinador.

1. Días de la semana							1 punto	2 puntos
Domingo	Lunes	Martes						
Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado				4 consecutivos	todos
<hr/>								
2. Cuente hasta 21								
1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14		
15	16	17	18	19	20	21	8 consecutivos	todos

Puntuación: \_\_\_\_\_ /4

#### CÓDIGOS DE ERRORES

Los tres subtests siguientes de Expresión Oral del Formato Estándar así como el Test de Vocabulario de Boston disponen de una columna para codificar los tipos de errores. Utilice las siguientes abreviaturas. (Para definiciones más detalladas véase el capítulo 4 del Manual del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia.)

pf	Parafasia fonémica con resultado de no-palabra
pf/v	Parafasia fonémica con resultado de palabra
v	Parafasia verbal (relacionada semánticamente)
v/nr	Parafasia verbal (no relacionada)
n	Neologismo
mp	Parafasia de múltiples palabras/error paragramático
ea	Otras emisiones o comentarios ajenos al objetivo (no considerados parafasias)
cl	Circunloquio (no considerado parafasia)
p	Perseveración

**B. Repetición:**

**1. Repetición de palabras**

Pida al paciente que repita cada una de las siguientes palabras. Se permite una repetición por parte del examinador si el paciente lo solicita. Para otorgar puntos, la palabra debe ser inteligible. Haga una marca en la columna si hay dificultad articulatoria.

<i>Respuesta</i>	<i>Dificultad articulatoria</i>	<i>Código de error</i>
1. Marrón _____	_____	_____
2. Silla _____	_____	_____
3. Qué _____	_____	_____
4. Insistir _____	_____	_____
5. Católico apostólico _____	_____	_____

*Puntuación:* \_\_\_\_\_ /5

**2. Repetición de oraciones**

Se presenta cada oración completa para su repetición. Interrumpa la prueba si el paciente fracasa en producir más de dos palabras en dos ítems consecutivos o parece frustrado. Marque cada palabra correcta, señale las omisiones, transcriba las producciones erróneas en el espacio provisto y marque si hay dificultad articulatoria. Indique los tipos de error en la columna de códigos de errores utilizando los Códigos de Errores de la página 7. Un ítem es correcto cuando el paciente repite todas las palabras sin elementos extraños.

<i>Oración objetivo</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Dificultad articulatoria</i>	<i>Código de error</i>
1. Papá llega a casa. _____	_____	_____	_____
2. Recoge el periódico de la mesita. _____	_____	_____	_____

*Puntuación:* \_\_\_\_\_ /2

### C. Denominación:

#### 1. Respuesta de denominación

Pida al paciente que responda con una palabra a las preguntas estímulo. Haga una marca en la columna que corresponda al tiempo aproximado de respuesta. Indique si hay dificultad articulatoria. Anote las abreviaturas de los Códigos de Errores de la página 7.

Pregunta	Tiempo aproximado de respuesta				
	1-5" 2 puntos	> 5" 1 punto	Fracaso 0	Dificultad articulatoria	Código de error
1. ¿Dónde miramos la hora?	_____	_____	_____	_____	_____
2. ¿Para qué sirve una navaja?	_____	_____	_____	_____	_____
3. ¿Para qué sirve el jabón?	_____	_____	_____	_____	_____
4. ¿Para qué se usa un lápiz?	_____	_____	_____	_____	_____
5. ¿Con qué se puede cortar el papel?	_____	_____	_____	_____	_____

Puntuación: \_\_\_\_\_ /10

#### 2. Test de Vocabulario de Boston (Transfiera la puntuación del cuadernillo del Test de Vocabulario de Boston)

Puntuación: \_\_\_\_\_ /15

Recuento de los tipos de parafasia. Cuente el total de parafasias de los siguientes tipos, a partir de las columnas de Códigos de Errores en los subtests de Repetición de Palabras, Repetición de Oraciones, Respuesta de Denominación y en el Test de Vocabulario de Boston. Apunte estos totales aquí y en las líneas correspondientes de la sección de Parafasia del Perfil Resumen de los Subtests.

Fonémicas (suma de pf y pf/v) \_\_\_\_\_  
 Verbales (suma de v y v/nr) \_\_\_\_\_  
 Neológicas (n) \_\_\_\_\_  
 De múltiples palabras (mp) \_\_\_\_\_

#### 3. Denominación por categorías (láminas 16 a 18)

##### a. Letras

1. S \_\_\_\_\_ 3. T \_\_\_\_\_  
 2. E \_\_\_\_\_ 4. R \_\_\_\_\_

##### b. Números

1. 7 \_\_\_\_\_ 3. 13 \_\_\_\_\_  
 2. 9 \_\_\_\_\_ 4. 200 \_\_\_\_\_

##### c. Colores

1. rojo \_\_\_\_\_ 3. azul \_\_\_\_\_  
 2. verde \_\_\_\_\_ 4. marrón \_\_\_\_\_

Total de categorías especiales: \_\_\_\_\_ /12

(9)

## IV. LECTURA

### A. Reconocimiento simbólico básico:

#### 1. Emparejar tipos de escritura (lámina 19)

___ G	h	Q	G	S	___ ser	Mar	RES	ser	ver
___ F	f	T	s	p	___ DE	EN	si	ya	de

Puntuación: \_\_\_\_\_ /4

#### 2. Emparejar números

##### a. Dedos de la mano con números arábigos

El examinador mantiene levantado el número de dedos que se muestra y el paciente marca esta cantidad con el número arábigo correcto de la lámina 20. Rodee con un círculo la elección del paciente.

Dedos	Elección
___ 5	6 4 5 3 2
___ 4	5 1 7 4 6

Puntuación: \_\_\_\_\_ /2

##### b. Números arábigos con patrones de puntos (lámina 20)

Número	Patrones de puntos
___ 3	3 4 7 5
___ 7	5 4 7 8

Puntuación: \_\_\_\_\_ /2

Puntuación total: \_\_\_\_\_ /4

**B. Identificación de palabras: Emparejar dibujo-palabra (lámina 21)**

El examinador señala el dibujo sin nombrarlo y le pide al paciente que encuentre su nombre entre las cuatro palabras de la derecha. Rodee con un círculo la elección del paciente.

Dibujo	Palabra elegida			
___ 1. RELOJ	reajo	hora	pulsera	reloj
___ 2. CAMA	cara	cama	dormir	siesta
___ 3. PESO	beso	peso	kilos	ocho
___ 4. PRISMÁTICOS	telescopio	prisma	prismáticos	cromático

*Puntuación:* \_\_\_\_ /4

**C. Lectura en voz alta:**

**1. Lectura de palabras en voz alta**

Pida al paciente que lea de una a una las palabras de la lámina 22. La puntuación se ajusta, como se muestra, al tiempo aproximado de respuesta. Se puede ofrecer ayuda, pero no se dan puntos por las respuestas obtenidas con ayuda. Anote las abreviaturas de los Códigos de Errores de la página 7.

Palabra del test	Tiempo aproximado de respuesta				Fracaso	Defecto articulatorio	Código de error
	1-3"	3-10"	10-30"				
	3 puntos	2 puntos	1 punto		0		
silla _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
círculo _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
hamaca _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
morado _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
quince _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

*Puntuación* \_\_\_\_ /15

**2. Lectura de oraciones en voz alta con comprensión**

Se le indica al paciente que lea en voz alta las oraciones de la lámina 23 y que se le harán preguntas acerca de ellas más tarde. Registre las respuestas literalmente en el formulario de registro. Para obtener un punto el paciente debe leer la oración completa sin errores.

- \_\_\_ 1. Un buen día de playa. \_\_\_\_\_
- \_\_\_ 2. Juan y María preparan la comida que van a llevar. \_\_\_\_\_
- \_\_\_ 3. Después de conducir durante cuarenta y cinco minutos, llegan a la orilla del mar.  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_ 4. Cuando salen del agua están hambrientos. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_ 5. Afortunadamente, descubren un puesto de refrescos con distintas comidas para elegir. \_\_\_\_\_

*Puntuación:* \_\_\_\_ /5

**Comprensión:** Se indica al paciente que lea en voz alta las frases de comprensión de la lámina 22 y las complete señalando la alternativa correcta. El examinador puede señalar cada una de las cuatro palabras para el primer ítem y pedir al paciente que seleccione la palabra que mejor completa ese ítem. No lea en voz alta ninguna de las frases ni las elecciones. El paciente puede señalar su elección, decirla en voz alta o hacer ambas cosas. Sólo se otorga puntos para la selección del ítem correcto.

1. Hacía un tiempo . . . . .  
fresco    soleado    seco    lluvioso
2. María y Juan viajaron en . . . . .  
tren    barco    automóvil    avión
3. El viaje duró aproximadamente . . . . .  
medio día    cinco minutos    45 minutos    dos horas

Puntuación: \_\_\_\_/3

1. *Comprensión de la lectura: Oraciones y párrafos*

Se le muestra al paciente la primera oración de los ejemplos de la lámina 25 y las cuatro elecciones para completarla. El examinador puede leer en voz alta la oración y cada una de las elecciones y completarla señalando la alternativa correcta. También se le puede leer el segundo ejemplo. Después se indica al paciente que lea para sí mismo las oraciones del test de la lámina 26 y que las complete con la elección correcta sin otra ayuda por parte del examinador.

Ejemplos: El agua es . . . . . volar    húmeda    seca    roja  
Los niños juegan a la . . . . . puerta    zapato    moneda    pelota

1. Los perros pueden . . . . .  
hablar    ladrar    cantar    gato
2. El Sr. Pérez hace cortes y lavados de cabello. Él es un . . . . .  
afeitando    niño    carnicero    peluquero
3. Las escuelas y las carreteras cuestan dinero. Las pagamos entre todos a través de . . . . .  
casas    país    impuestos    policía
4. En otra época era muy caro refinar el aluminio. Actualmente, la electricidad ha resuelto este problema y el aluminio se ha vuelto.....  
muy fuerte    un minero    electrónico    más barato

Puntuación: \_\_\_\_/4

## V. ESCRITURA

### A. Mecánica de la escritura:

Indique al paciente que realice en las dos páginas siguientes de este cuadernillo las siete tareas numeradas mencionadas abajo. Anote un código numérico de puntuación en cada columna de la hilera correspondiente a un ítem. *Observación: Al puntuar la "buena formación", no tenga en cuenta si la letra o el número producido es correcto.*

	Buena formación de las letras	Elección correcta de las letras	Facilidad motora
	2. todas bien formadas 1. parcialmente malformadas 0. ilegible	3. sin errores 2. > 50% 1. < 50% 0. < 2 correctas	2. sin alteraciones 1. laboriosa 0. fracaso del control motor
1. Firma	_____	_____	_____
2. Nombre en letra de molde	_____	_____	_____
3. Letras dictadas T-G-R-S-B	_____	_____	_____
4. Copiar "EL CHICO TRAVIESO" (véase la página 14 del cuadernillo) Cursiva	_____	_____	_____
5. Copia de oración en letra de molde	_____	_____	_____
6. Números 1-10	_____	_____	_____
7. Números dictados 2-12-9-11-6	_____	_____	_____
Puntuación total:	_____ /14	_____ /21	_____ /14

### B. Habilidades codificadoras básicas. Dictado de palabras:

Al final de este cuadernillo se adjuntan dos páginas, numeradas 17 y 18, para las respuestas escritas del paciente. Como alternativa, el examinador puede utilizar hojas sueltas de papel en blanco. Todas las tareas debe ser puntuadas en este cuadernillo.

#### 1. Vocabulario básico

- \_\_\_\_\_ gato
- \_\_\_\_\_ correr
- \_\_\_\_\_ ir
- \_\_\_\_\_ queso

Puntuación: \_\_\_\_\_ /4

#### 2. Fonética regular

- \_\_\_\_\_ blanco
- \_\_\_\_\_ apartamento

Puntuación: \_\_\_\_\_ /2

#### 3. Formas irregulares comunes

- \_\_\_\_\_ servir
- \_\_\_\_\_ ahora
- \_\_\_\_\_ tejido

Puntuación: \_\_\_\_\_ /3

EL CHICO TRAVIESO JUGABA MUY FELIZ EXHIBIENDO UN PEQUEÑO KIWI.

(14)



C. *Denominación escrita de dibujos:*

Los estímulos consisten en los cuatro objetos que se muestran en la lámina 27. El examinador señala cada dibujo y pide al paciente que escriba el nombre del elemento.

Diga "USTED SABE LO QUE ES ÉSTO. ¿CÓMO SE ESCRIBE? ESCRÍBALO AQUÍ".

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| ___ 1. árbol  | ___ 3. canoa    |
| ___ 2. percha | ___ 4. regadera |

Puntuación: \_\_\_/4

D. *Escritura narrativa:*

Presente el dibujo del "Robo de las Galletas" de la lámina 1. Diga: "ESCRIBA TODO LO QUE VEA QUE ESTÁ PASANDO EN ESTA LÁMINA". Haga que el paciente escriba en las páginas 17-18 de "Producción escrita" o utilice papel en blanco. Se le dejan unos 3 minutos para escribir. Si usted juzga que la producción del paciente es menor de lo que es capaz de hacer, utilice algunas de las cinco preguntas siguientes para hacer que escriba más.

1. ¿Qué relación hay entre las personas del dibujo?
2. ¿Qué está sucediendo por detrás de la mujer?
3. ¿Por qué la niña le dice al niño que no haga ruido?
4. ¿Por qué cree usted que el niño puede lastimarse?
5. ¿Qué más está sucediendo justo delante de la madre?

*Puntuación:* Se puntúa la producción escrita completa (tanto la espontánea como la provocada) como un todo a partir de los cuatro parámetros mencionados abajo. La escala numérica que proporcionamos evalúa la *presencia o la ausencia de características relacionadas con el objetivo* (p. ej., "la mujer", "el niño"). No intente forzar la producción escrita ajena al objetivo dentro de la escala numérica. Utilice las descripciones cualitativas que están debajo.

Mecánica	Acceso al vocabulario escrito	Sintaxis	Adecuación del contenido
2 - Bien formada	3 - Adecuado	3 - Totalmente correcta	3 - Relato adecuado
1 - Legible con defectos	2 - Faltan algunas palabras importantes	2 - Algunos defectos en la estructura de las oraciones	2 - Relevante, pero incompleto
0 - En su mayor parte ilegible	1 - Menos de 8 palabras importantes	1 - Principalmente agrupamientos inferiores a la oración	1 - Información relevante mínima
	0 - Menos de 2 palabras importantes	0 - Sin agrupamientos de palabras	0 - Sin información relevante
Totales ___	___	___	___

Total de todas las columnas \_\_\_/11

Valoración cualitativa: Produce escritura irrelevante con muchas palabras

Sustituciones de palabras aisladas

Otros comentarios

Repetidamente Pocas veces Nunca

Repetidamente Pocas veces Nunca

## PERFIL RESUMEN DE LOS SUBTESTS DEL FORMATO ABREVIADO

NOMBRE: _____		FECHA DEL EXAMEN: _____											
Percentiles:		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
ESCALA DE SEVERIDAD		0	0	1	1	1	2	3	3	3	4	5	
FLUIDEZ	Longitud de la frase (Características del habla)	1	2	4	6	7	7	7	7	7	7	7	
	Línea melódica (Características del habla)	1	2	3	5	5	6	7	7	7	7	7	
	Forma gramatical (Características del habla)	1	2	3	4	5	5	6	6	7	7	7	
HABLA DE CONVERSACIÓN / EXPOSICIÓN	Respuestas sociales sencillas	0	3	5	6	6	6	7	7	7	7	7	
COMPRENSIÓN AUDITIVA	Discriminación de palabras	3	10	12	13	14	15	15	16	16	16	16	
	Órdenes	0	3	5	7	8	9	9	9	10	10	10	
	Material ideativo complejo	0	1	2	3	4	4	5	5	6	6	6	
ARTICULACIÓN	Agilidad articulatoria (Características del habla)	1	2	3	3	4	5	6	6	7	7	7	
RECITADO	Secuencias automatizadas	0	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4	
REPETICIÓN	Palabras	0	1	3	3	4	4	4	5	5	5	5	
	Oraciones	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2	
DENOMINACIÓN	Respuesta de denominación	0	0	2	4	6	8	8	9	10	10	10	
	Test de Vocabulario de Boston	0	0	1	4	5	7	9	10	12	14	15	
	Denominación por categorías	0	2	7	10	11	11	12	12	12	12	12	
PARAFASIA	Evaluación del perfil del habla	1	2	2	3	4	5	6	6	7	7	7	
	Fonémica	27	12	7	4	2	1	1	1	0	0	0	
	Verbal	19	10	6	4	3	2	2	1	0	0	0	
	Neológica	11	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0	
	De múltiples palabras	16	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
LECTURA	Emparejar tipos de escritura	0	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Emparejar números	0	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Emparejar dibujo-palabra	0	1	2	3	3	4	4	4	4	4	4	
	Lectura de palabras en voz alta	0	0	6	9	12	14	15	15	15	15	15	
	Lectura de oraciones en voz alta	0	0	0	0	1	1	2	3	4	5	5	
	Comprensión de oraciones en voz alta	0	0	1	2	2	2	3	3	3	3	3	
	Comprensión de oraciones y párrafos	0	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	
ESCRITURA	Forma	5	8	10	12	12	14	14	14	14	14	14	
	Elección de letras	6	15	18	18	19	19	20	21	21	21	21	
	Facilidad motora	5	7	7	9	12	13	14	14	14	14	14	
	Vocabulario básico	0	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	
	Fonética regular	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	
	Palabras irregulares comunes	0	0	0	1	1	2	2	3	3	3	3	
	Denominación escrita de dibujos	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	4	
	Escritura narrativa	0	1	4	5	6	7	7	7	9	11	11	

**Anexo 8: TVB. Test de Vocabulario de Boston, en formato estándar.**

# Test de Vocabulario de Boston

## CUADERNILLO DE REGISTRO

SEGUNDA EDICIÓN



Edith Kaplan, PhD, y  
Harold Goodglass, PhD  
Sandra Weintraub, PhD



BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - SÃO PAULO  
[www.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com)

## TEST DE VOCABULARIO DE BOSTON

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Caso N°: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (marque uno):    V    M

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ ¿Hasta qué curso?: \_\_\_\_\_

¿A qué edad los finalizó? \_\_\_\_\_

Antecedentes ocupacionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes de lenguaje: Sólo español \_\_\_\_\_ Bilingüe \_\_\_\_\_

Primer idioma: \_\_\_\_\_ Idioma que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_

Dominancia manual (marque una):    Diestro    Zurdo    Ambidiestro

Antecedentes familiares de dominancia manual izquierda en familiares de primer grado  
(especifique el parentesco y si es de la línea materna o paterna):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si es aplicable:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Naturaleza y duración de la enfermedad actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hemiplejía (marque una):    Derecha    Izquierda    Recuperada    Ausente

Hemianopsia (marque una):    Derecha    Izquierda    Recuperada    Ausente

Información de la localización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Origen de la información de la localización: \_\_\_\_\_

Otra información de interés: \_\_\_\_\_

## CÓDIGO DE ERRORES

Los siguientes códigos de errores se utilizan para categorizar las respuestas incorrectas. El código de error debe ser anotado en la columna designada para ello.

<b>pf</b>	Parafasia fonémica con resultado de no-palabra
<b>pf/v</b>	Parafasia fonémica con resultado de palabra (Se puntúa como parafasia fonémica cuando se conserva más del 50% de la fonología de la palabra-objetivo).
<b>v</b>	Parafasia verbal, relacionada semánticamente con la palabra-objetivo
<b>v/nr</b>	Parafasia verbal no relacionada con la palabra-objetivo
<b>n</b>	Neologismo (menos de 50% de superposición con la fonología de la palabra-objetivo)
<b>mp</b>	Parafasia de múltiples palabras/error paragramático
<b>ea</b>	Otras emisiones o comentarios ajenos al objetivo (no considerados parafasia)
<b>cl</b>	Circunloquio (no considerado parafasia)
<b>p</b>	Perseveración
<b>per</b>	Error perceptivo

### FORMATO ESTÁNDAR

Ítem	Respuesta	Respuesta correcta	Latencia (segundos)	Clave semántica	Clave fonética	Código(s) de error	Elección múltiple
1.	<u>cama</u> ..... (un mueble)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	<u>árbol</u> ..... (algo que crece en el campo)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	<u>lápiz</u> ..... (sirve para escribir)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	<u>casa</u> ..... (un tipo de edificio)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	<u>silbato (pito)</u> ..... (sirve para soplar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	<u>tijeras</u> ..... (sirve para cortar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	<u>peine</u> ..... (sirve para arreglarse el cabello)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	<u>flor</u> ..... (crece en un jardín)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9.	<u>serrucho</u> ..... (lo usa el carpintero)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10.	<u>cepillo de dientes</u> ... (se usa en la boca)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11.	<u>helicóptero</u> ..... (sirve para viajar por el aire)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12.	<u>escoba</u> ..... (sirve para limpiar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13.	<u>pulpo</u> ..... (un animal marino)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14.	<u>zanahoria</u> ..... (algo para comer)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15.	<u>percha</u> ..... (se encuentra en un armario)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(4)

Ítem	Respuesta	Respuesta correcta	Latencia (segundos)	Clave semántica	Clave fonética	Código(s) de error	Elección múltiple
16.	<u>silla</u> de ruedas . . . . . (se encuentra en un hospital)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
17.	<u>camello</u> ( <i>dromedario</i> ) (un animal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
18.	<u>máscara</u> ( <i>careta</i> ) . . . . (parte de un disfraz)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
19.	<u>magdalena</u> . . . . . (algo para comer)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20.	<u>banco</u> . . . . . (sirve para sentarse)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
21.	<u>raqueta</u> . . . . . (se utiliza en un deporte)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
22.	<u>caracol</u> . . . . . (un animal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
23.	<u>volcán</u> . . . . . (un tipo de montaña)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
24.	<u>caballito</u> de mar . . . . (un animal marino)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
25.	<u>dardo</u> . . . . . (sirve para lanzar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
26.	<u>canoas</u> . . . . . (se usa en el agua)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
27.	<u>globo</u> . . . . . (un tipo de mapa)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
28.	<u>corona</u> . . . . . (la usan los reyes)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
29.	<u>castor</u> . . . . . (un animal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
30.	<u>armónica</u> . . . . . (un instrumento musical)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
31.	<u>rinoceronte</u> . . . . . (un animal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(5)

Ítem	Respuesta	Respuesta correcta	Latencia (segundos)	Clave semántica	Clave fonética	Código(s) de error	Elección múltiple
32.	<u>bellota</u> ..... (proviene de un árbol)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
33.	<u>iglú</u> ..... (un tipo de casa)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
34.	<u>zancos</u> ..... (se usan para caminar más alto)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
35.	<u>dominó</u> ..... (un juego)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
36.	<u>cactus</u> ..... (algo que crece)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
37.	<u>escalera mecánica</u> .. (sirve para subir)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
38.	<u>arpa</u> ..... (un instrumento musical)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
39.	<u>hamaca</u> ..... (sirve para descansar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
40.	<u>chupete</u> ..... (lo usan los bebés)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
41.	<u>pelicano</u> ..... (un ave)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
42.	<u>fonendoscopio</u> ..... (lo usan los médicos)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
43.	<u>pirámide</u> ..... (se encuentra en Egipto)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
44.	<u>bozal</u> ..... (se utiliza para los perros)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
45.	<u>unicornio</u> ..... (animal mítico)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
46.	<u>embudo</u> ..... (sirve para verter un líquido)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
47.	<u>acordeón</u> ..... (un instrumento musical)	_____	_____	_____	_____	_____	_____



Ítem	Respuesta	Respuesta correcta	Latencia (segundos)	Clave semántica	Clave fonética	Código(s) de error	Elección múltiple
48.	<u>aguja</u> ..... (se usa para coser)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
49.	<u>espárrago</u> ..... (algo para comer)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
50.	<u>compás</u> ..... (sirve para dibujar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
51.	<u>cerradura</u> ..... (se usa para abrir la puerta)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
52.	<u>trípode</u> ..... (lo usan los fotógrafos)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
53.	<u>pergamino</u> ..... (un documento)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
54.	<u>pinzas</u> ..... (un utensilio)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
55.	<u>esfinge</u> ..... (se encuentra en Egipto)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
56.	<u>yugo</u> ..... (se utiliza para animales de tiro)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
57.	<u>regadera</u> ..... (se usa en el jardín)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
58.	<u>paleta</u> ..... (la usan los artistas)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
59.	<u>transportador</u> ..... (sirve para medir ángulos)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
60.	<u>ábaco</u> ..... (sirve para contar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## Resumen de puntuaciones

1. Número de respuestas correctas emitidas espontáneamente	_____
2. Número de claves semánticas dadas	_____
3. Número de respuestas correctas después de una clave semántica	_____
4. Número de claves fonémicas	_____
5. Número de respuestas correctas después de una clave fonémica	_____
6. Número de elecciones múltiples dadas	_____
7. Número de elecciones correctas	_____
Cantidad correcta total (1 + 3)	_____
Puntuación total: (Añadir puntos por los ítems que preceden al primer ítem acertado, a menos que se comience por el ítem 1.)	_____

## Registro de tipos de parafasias

1. Fonémicas (suma de <b>pf</b> y <b>pf/v</b> )	_____
2. Verbales (suma de <b>v</b> y <b>v/nr</b> )	_____
3. Neologísticas ( <b>n</b> )	_____
4. De múltiples palabras ( <b>mp</b> )	_____
5. Perceptivas ( <b>per</b> )	_____

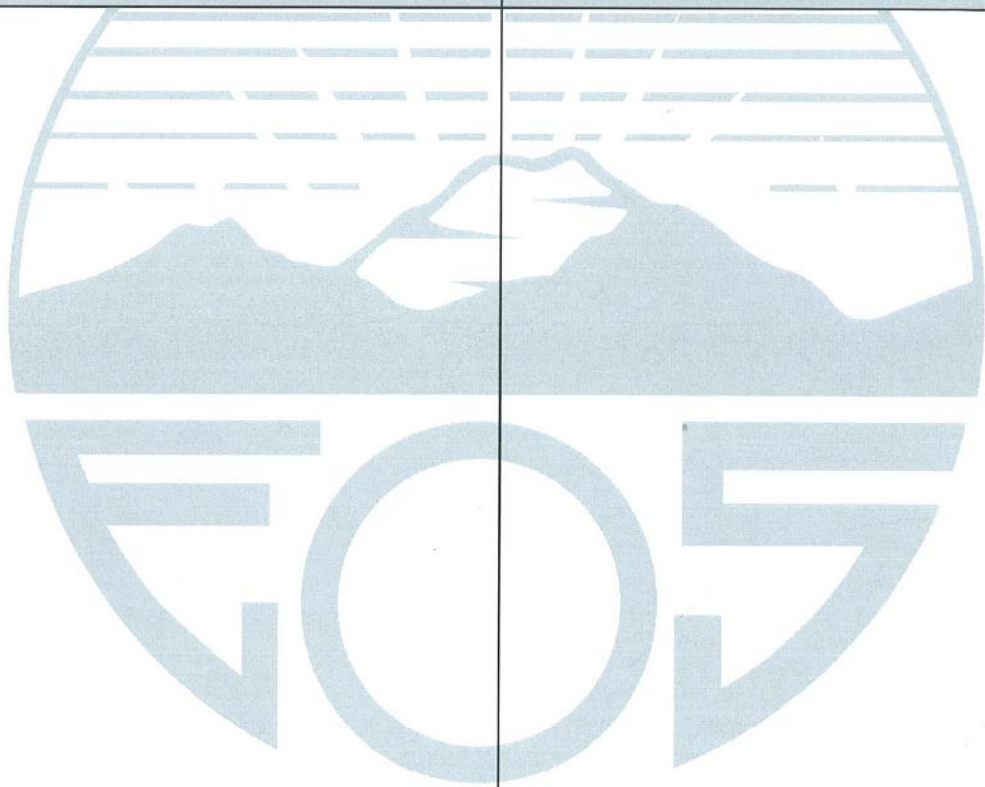
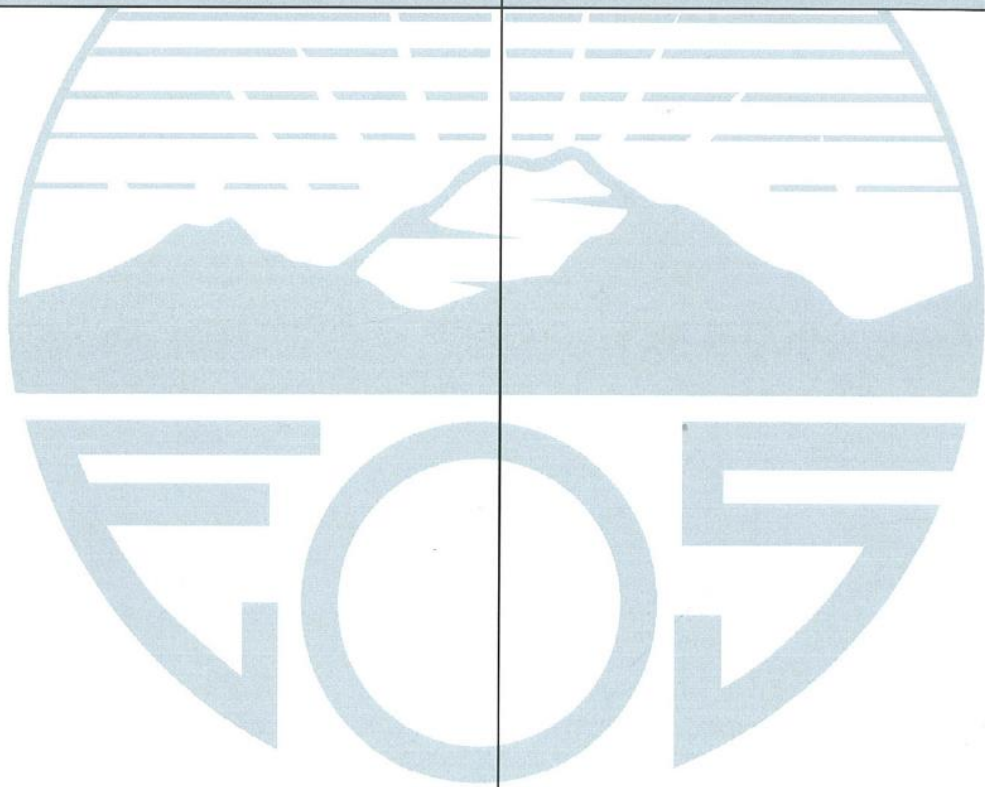
## Anexo 9-BETA. Batería para la evaluación de los trastornos afásicos.

### BLOQUE 2. PRODUCCIÓN ORAL. Tarea 9. Fluidez verbal

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

1. Fluidez semántica: *"Vamos ver cuántos animales distintos puede usted nombrar en un minuto. En cuanto yo le haga una señal, usted empieza a decir nombres de animales y no pare hasta que yo le diga".*
2. Fluidez fonológica: *"Vamos ver cuántas palabras que empiecen por 'p' me puede Vd. decir en un minuto. En cuanto yo le haga una señal, Vd, empieza a decir palabras que empiecen por 'p' y no pare hasta que yo le diga. No vale repetir palabras, ni decir nombres propios".*

ANIMALES	LETRA P
	

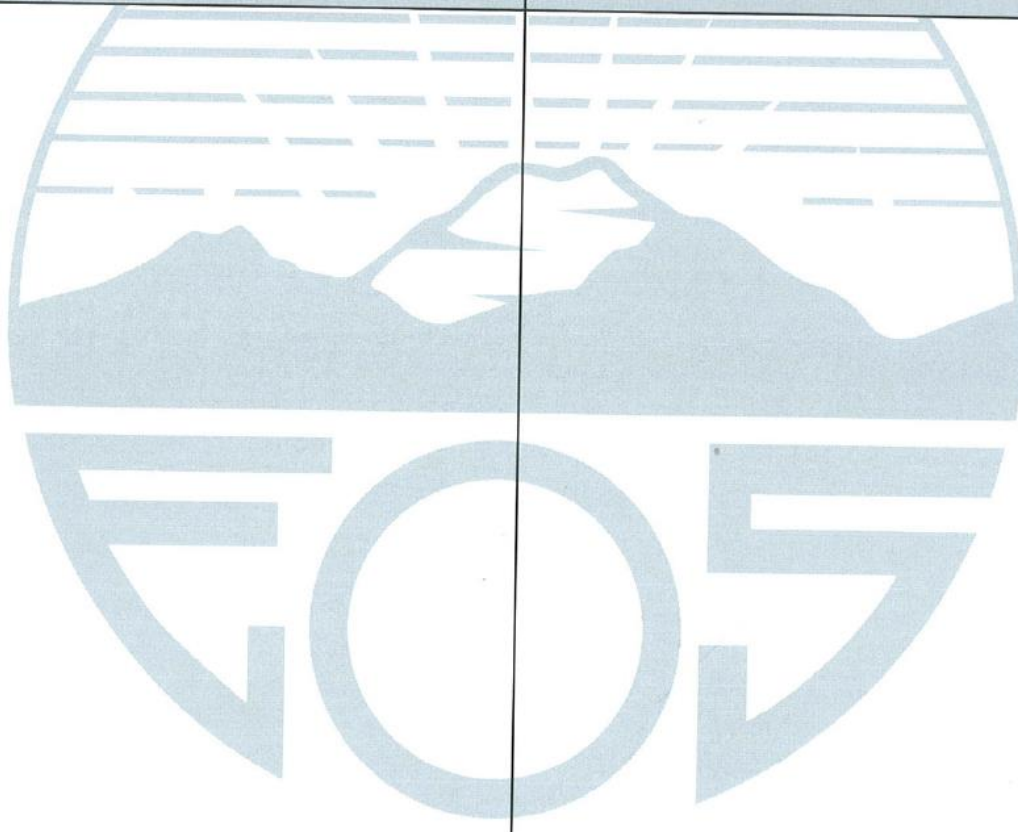


## BLOQUE 2. PRODUCCIÓN ORAL. Tarea 10. Fluidez verbal de nombres de personas

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Instrucciones:

1. Políticos: *"Vamos ver cuántos políticos distintos puede usted nombrar en un minuto. En cuanto yo le haga una señal, usted empieza a decir nombres de políticos famosos y no pare hasta que yo le diga".*
2. Artistas: *"Ahora vamos ver cuántos artistas puede usted nombrar en un minuto. En cuanto yo le haga una señal, usted empieza a decir nombres de artistas famosos (cantantes, actores, actrices, pintores...) y no pare hasta que yo le diga".*

POLÍTICOS	ARTISTAS
	

## Anexo 10- Protocolo de valoración de uso de dispositivos móviles.

### PROTOCOLO DE VALORACIÓN PARA EL USO DE DISPOSITIVO MÓVIL

Colocación de la mano			
Dedos que utiliza			
Distancia ojo-dispositivo <input type="text"/>	Mucha	Poca	Media
Uso de un medio de apoyo <input type="text"/>	Si	No	
Tipo de mensaje <input type="text"/>	Respuesta corta	Respuesta elaborada	
Inteligibilidad del mensaje <input type="text"/>	Buena	Mala	
Corrección de errores <input type="text"/>	Si	No	
Esfuerzo <input type="text"/>	Si	No	

<b>Velocidad durante el uso</b> <div></div>	Normal	Rápido	Lento
<b>Velocidad para responder</b> <div></div>	Normal	Rápido	Lento
<b>Necesidad de apoyo</b> <div></div>	Si	No	
<b>Acceso directo</b> <div></div>	Si	No	

## Anexo 11- PREP-INIA. Protocolo rápido de evaluación pragmática.

### *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática*

#### **PREP-INIA**

*Beatriz Gallardo Paúls*

Publicado en “Pragmática Textual y TDAH”. *Actas del XXVI Congreso Internacional de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología*; La Laguna, julio de 2008 (ISBN: 978-84-691-4213-4).

“Valoración del componente pragmático a partir de datos orales”, *Revista de neurología* 2009; 48(2), 57-61.

---

#### Evaluación:

La aplicación del PREP-INIA se evalúa en porcentajes; permite establecer tres medidas:

- 1 *Habilidad Pragmática General (HPG)*: resultado de dividir las respuestas afirmativas entre los ítems evaluados y multiplicar por 100. La mayor habilidad corresponde a las medidas altas.
- 2 *Habilidad Pragmática Específica (HPE)*: reduce el inventario de categorías pragmáticas, eliminando aquellas cuya ejecución necesita por completo el dominio léxico, semántico, fónico y morfosintáctico. Son los ítems 2-8 (pragmática enunciativa, salvo el 6.3) y 12-17 (pragmática interactiva), que se miden con la misma operación referida para la habilidad general.
- 3 *Habilidad Pragmática de Base Gramatical (HPGr)*: engloba las categorías cuya eficacia depende de una habilidad previa en los componentes gramaticales; se realiza la misma operación para los ítems 1 y 6.3 (pragmática enunciativa) y 9-11 (pragmática textual).



NOMBRE:..... FECHA:.....

EDAD: .....

La conducta verbal del paciente se ajusta a las siguientes afirmaciones	SÍ	NO	No Ev
<b>PRAGMÁTICA ENUNCIATIVA</b>			
<b>Actos de habla</b>			
1. Dimensiones de los actos de habla: <i>Articula bien las palabras, de manera que las emisiones son reconocibles, sin que muestre serios problemas de</i>			
1.1. <i>Articulación fónica, modulación sonora (Actos enunciativos)</i>			
1.2. <i>Acceso léxico (Actos proposicionales)</i>			
1.3. <i>Manejo de las pausas y silencios</i>			
2. <i>Las emisiones que utiliza demuestran una comprensión suficiente de lo que se le dice, y son las adecuadas para conseguir su propósito comunicativo, aunque puedan tener fallos gramaticales o léxicos (Actos ilocutivos)</i>			
<b>Tareas de edición</b>			
3. <i>Pese a tener problemas de léxico o articulación, consigue transmitir su intención comunicativa (ilocutividad) con:</i>			
3.1. <i>Exclamaciones, entonaciones marcadas, sílabas sueltas, o palabras de significado impreciso, “yyy...”, “pueees”, “claro”... (Actos locutivos/enunciativos)</i>			
3.2. <i>Gestos y actos no verbales</i>			
3.3. <i>Circumloquios, rodeos, preguntas del tipo de “¿eh?, ¿no?”</i>			
4. <i>Muestra conciencia de su propia dificultad, iniciando él mismo rectificaciones en los puntos problemáticos (Auto-rectificaciones conversacionales)</i>			
<b>Inferencias</b>			
5. <i>Al plantearle emisiones que contienen frases hechas, refranes, etc. de sentido figurado, demuestra haberlas entendido correctamente; o las usa él mismo (Inferencias trópicas lexicalizadas).</i>			
6. <i>Su conversación (pese a posibles fallos léxicos o articulatorios) avanza con relativa fluidez, respetando las leyes conversacionales de cooperación que exigen proporcionar información (Implicaturas conversacionales):</i>			
6.1. <i>Veraz (Máxima de la cualidad)</i>			
6.2. <i>Suficiente, ni escasa ni excesiva (Máxima de la cantidad)</i>			
6.3. <i>Clara, concreta (Máxima de la manera)</i>			
6.4. <i>Relevante (Máxima de la pertinencia)</i>			
6.5. <i>En ocasiones, comprendida a partir de sentidos figurados (Impl. anómalas)</i>			
<b>PRAGMÁTICA TEXTUAL</b>			
<b>Coherencia</b>			
7. <i>Al construir un relato o explicar una idea respeta las estructuras lógicas en el orden en que cuenta las cosas, la manera en que relaciona las ideas, la selección de información necesaria, etc. (superestructuras textuales narrativa y argumentativa)</i>			
8. <i>Su discurso se ajusta al tema que se está tratando, y cuando cambia de tema lo hace de manera fluida, sin brusquedad ni rupturas temáticas evidentes (macroestructuras y gestión temática)</i>			
<b>Cohesión</b>			
9. <i>Tiene suficiente capacidad léxica como para usar diversas maneras de referirse a lo mismo, en lugar en repetir siempre las mismas palabras o dejar la frase incompleta (Léxico: cadenas correferenciales)</i>			
10. <i>Su construcción de las palabras es completa, utilizando adecuadamente las terminaciones de sustantivos y verbos, respetando las concordancias de tiempo, género o número, así como los artículos (Morfología: agramatismos)</i>			
11. <i>Su construcción de las frases y oraciones es convencional, y utiliza enunciados de estructura completa, tanto en las oraciones (sujeto + predicado) como en constituyentes menores (preposición + término, auxiliar + verbo, etc.) (Sintaxis: paragramatismos)</i>			
<b>PRAGMÁTICA INTERACTIVA</b>			
12. <i>Su participación se realiza con la agilidad y rapidez propias de la conversación cotidiana, sin lentitud ni aceleración exagerada (Agilidad del turno)</i>			
13. <i>Aparentemente, su nivel de participación activa en la conversación (cantidad de turnos/palabras) es proporcional al de otros participantes; coopera en el desarrollo de la toma de turno y respeta la alternancia (Índice de participación conversacional)</i>			
14. <i>Utiliza igualmente turnos de respuesta a preguntas ajenas, como turnos que informan o preguntan (Predictibilidad: tipos de intervención)</i>			
15. <i>Su uso de los gestos, la expresión facial y la comunicación no verbal complementa y matiza su lenguaje adecuadamente, pero no lo sustituye (Gestualidad natural)</i>			
16. <i>Utiliza la mirada comunicativamente, para confirmar escucha y comprensión, para ceder o pedir el turno... (Mirada)</i>			
17. <i>Sus intervenciones son socialmente adecuadas, conformes a las convenciones de cortesía y educación (Prioridad)</i>			

Hab.Prag.Gral:..... Hab.Prag.Específica:..... Hab.Prag.Gramatical:.....



## Anexo 12- Escala de Independencia Funcional Comunicativa.

ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL COMUNICATIVA		
<p>Nombre y apellidos..... Fecha de evaluación: .....</p> <p>Contestado por (nombre y relación con el paciente) .....</p> <p>Valoración del clínico .....</p>		
	FAMILIAR O PACIENTE	TERAPEUTA
1. Puede comentar cosas a personas conocidas (pedir algo, preguntar, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puede pedir cosas a personas desconocidas (preguntar la hora, pedir el menú, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puede hablar en lugares silenciosos de forma adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede hablar en lugares ruidosos (bares, estaciones, etc.) y ser Entendido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede hablar por teléfono con sus familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Puede solicitar información por teléfono (horarios de cine, concertar Citas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona conocida le entiende cuando lee algo en Voz alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Una persona poco conocida le entiende cuando lee algo en Voz alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puede hablar en situaciones a larga distancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Puede mantener conversaciones prolongadas sin que le afecte A la cualidad del habla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Puede atender al portero automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Puede usar su voz en situaciones de peligro inminente (gritar, Avisar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Puntuación:**

**0:** Puede realizar la actividad sin necesidad de una tercera persona (no precisa repetir, aclarar lo que ha dicho, etc.).

**1:** Puede realizar la actividad pero precisa ayuda parcial de otra persona (hacerle alguna indicación, parafrasear lo que ha dicho, etc.)

**2:** No puede hacerlo ni siquiera con la ayuda de otra persona, es totalmente dependiente y necesita la máxima ayuda.

**(\*):** Actividades que previamente no realizaba.

**(NR):** Actividades que el paciente no considera relevantes en su vida diaria independientemente de que pueda o no realizarlas.

## Anexo 13- PDQ-39. Cuestionario de calidad de vida en EP.

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON (PDQ-39)

	Nunca	Ocasional- mente	Algunas veces	Frecuente- mente	Siempre o incapaz de hacerlo
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer					
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, efectuar reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza,...)					
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra					
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros					
5. Problemas para caminar unos 100 metros					
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría					
7. Problemas para moverse en sitios públicos					
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando salía a la calle					
9. Sensación de miedo o preocupación por si se caía en público					
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía					
11. Dificultades para su aseo personal					
12. Dificultades para vestirse solo					
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos					
14. Problemas para escribir con claridad					
15. Dificultad para cortar los alimentos.					
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.					
17. Sensación de depresión					
18. Sensación soledad y aislamiento					
19. Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar					
20. Sensación de enfado o amargura					
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo					
22. Preocupación acerca de su futuro					
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson a la gente					
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público					
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson					
26. Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted					

27. Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas					
28. No ha recibido apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba					
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba					
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día					
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión					
32. Sensación de que su memoria funciona mal.					
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes					
34. Dificultad al hablar					
35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente					
36. Sensación de que la gente le ignora					
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos					
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo					
39. Sensaciones desagradables de calor o frío					
TOTAL					

## Anexo 14- Escala de Apatía de Starkstein.

### ESCALA DE APATÍA STARKSTEIN

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre
1. ¿Está interesado en aprender cosas nuevas?				
2. ¿Hay algo que le interese especialmente?				
3. ¿Está preocupado por su enfermedad?				
4. ¿Necesita esforzarse mucho para hacer cosas?				
5. ¿Está siempre buscando cosas que hacer?				
6. ¿Tiene planes y objetivos para el futuro?				
7. ¿Tiene motivación?				
8. ¿Tiene energía suficiente para las actividades diarias?				
9. ¿Tiene que decirle alguien las cosas que tiene que hacer en el día a día?				
10. ¿Siente indiferencia hacia las cosas?				
11. ¿Se siente despreocupado hacia muchas cosas?				
12. ¿Necesita un empujón para comenzar a hacer cosas?				
13. ¿Se siente ni contento ni triste, en término medio?				
14. ¿Se considera a sí mismo apático?				

## Anexo 15-Inventario de Depresión de Beck.

### Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6) .

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8) .

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ Ahora lloro más que antes.
- ☐ Lloro continuamente.
- ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13).

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.



14).

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19).

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10 .....	Estos altibajos son considerados normales.
11-16 .....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 .....	Estados de depresión intermitentes.
21-30 .....	Depresión moderada.
31-40 .....	Depresión grave.
+ 40 .....	Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

## Anexo 16- Plan de intervención.

### PLAN DE TRATAMIENTO LOGOPÉDICO

#### 1. DATOS PERSONALES:

#### 2. OBJETIVOS GENERALES:

#### 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR ÁREAS:

#### 4. METODOLOGÍA:

##### 4.1. MODELO DE ACTIVIDADES

##### 4.2. MATERIAL A UTILIZAR

#### 5. TEMPORALIZACIÓN:

#### 6. RECOMENDACIONES:

## Anexo 17- Instrucciones de uso y manejo del amplificador.

### AMPLIFICADOR EASY VOICE

#### INTRUCCIONES DE USO Y MANTENIMIENTO

- ✓ Encendido y apagado: se consigue a través de una pequeña “ruleta” situada en la parte superior del amplificador. Si giramos hacia la izquierda el amplificador se encenderá y mostrará una luz verde. Si por el contrario, giramos hacia la derecha el amplificador se apagará y desaparecerá la luz.
- ✓ Aumento o bajada de volumen: A través de la misma “ruleta” de encendido y apagado. Si la movemos para el lado izquierdo el volumen aumentará. Si la movemos para el lado derecho el volumen disminuirá.
- ✓ Conexión a cargador: El cargador se conecta al amplificador por el lateral derecho. Aquí encontramos un agujero donde se inserta el cable del cargador. Sabremos que el amplificador está cargando si se enciende una luz al lado de esta entrada.
- ✓ Conexión de micrófono: El micrófono se conecta al amplificador por la parte superior de este. Junto con la “ruleta” de encendido y apagado y la luz, encontraremos un agujero donde conectar este cable.
- ✓ Colocación de micrófono: El micrófono contiene una diadema para llevarlo de manera que rodee el cuello. La parte almohadillada y que recoge al sonido se debe colocar a la altura de la boca, no demasiado cerca ni lejos.
- ✓ Luces: Encontramos dos.
  - ❖ Parte superior:
    - Verde → Tiene batería
    - Rojo → No tiene batería
  - ❖ Parte lateral derecha:
    - Verde → Ya está cargado
    - Rojo → Está cargando

- ✓ **Cambio de pilas:** Las pilas se encuentran en la parte posterior del amplificador, a través de dos pestañas, 3 a la derecha y 3 a la izquierda. Las pilas son recargables, **simplemente a través del cargador se recargan**. Son pilas especiales por lo que en caso de que no funcionen lo mejor será que comuniqués esta situación y podamos ayudarte.
- ✓ **Posicionamiento del amplificador:** El amplificador presenta 2 formas de llevarlo:
  - **Colgado al cuello:** a través de una correa que se une al amplificador por dos espacios. Estos espacios están situados en la parte superior del amplificado a modo de asa.
  - **En el cinturón a través de la pinza.** La pinza está situada en la parte posterior del amplificador.
- ✓ **Cambio de ambiente:** El amplificador presenta una pequeña pestaña situada en la **parte posterior del amplificador**. En la parte derecha y posterior encontramos una pestaña donde se encuentran 3 pilas. Si quitamos estas pilas podremos ver una pestaña que permite cambiar el amplificador y dejarlo listo para un ambiente más silencioso o ruidoso. Lo cambiaremos según el contexto en el que nos encontremos.
- ✓ **Limpieza:** Debemos ser muy cuidadosos en este apartado. El amplificador **NO** se puede sumergir en agua, llenar de jabón o aclarar. Para su limpieza creemos que la mejor forma es que pase una toallita húmeda sobre el propio altavoz y los complementos (batería, micrófono). Importante, si limpiamos el cargador y posteriormente lo conectamos, debemos secarlo muy bien.

## Anexo 18- Ejemplo de pautas para la toma del café.

### Pautas para tomar el café



¡Estimada familia! Desde el equipo de Logopedia se ha planificado el entrenamiento con el amplificador de voz de una serie de actividades cotidianas en la vida de caso 11. Para ello, contaremos sin duda con vuestra colaboración.

Hemos desarrollado una serie de pautas y recomendaciones que nos podrán ayudar en una situación concreta como es **tomar un café** (con un fin social), ya sea **en casa o en una cafetería**. ¡Empezamos!

#### Recomendaciones generales

- Evitar los ambientes con ruido excesivo. Se necesitarán unas condiciones favorables al volumen de voz de Roberto.
- La colocación de las personas implicadas será más acertada si se garantiza el contacto visual.
- La persona de referencia para Roberto (que variará en función del momento), se colocará próxima a Roberto, de esta manera podrá apoyarle con los gestos que se citarán a continuación.
- Si observamos que aun habiendo tenido en cuenta las recomendaciones ambientales existe mucho ruido de fondo, le solicitaremos a Roberto que acentúe su articulación.
- Mirar a la cara cuando Roberto nos trate de dar una respuesta.
- Solicitar la repetición en caso de que no se haya comprendido su mensaje.
- Prestar atención a los niveles de participación en la conversación. Procurar que ésta vaya aumentando progresivamente.

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria

### Gestos de apoyo

- Para reducir la impulsividad a la hora de tomar el café, emplearemos un toquecito con el pie por debajo de la mesa.



- Si observamos nerviosismo en Roberto, le modularemos tocándole suavemente el brazo.



- Para elevar el volumen de su voz, realizaremos un gesto con una de las manos, colocando la palma hacia arriba y haciendo movimientos ascendentes, pero no muy exagerados.



- Si consideramos que Roberto necesita tomar más aire para hablar, nos señalaremos levemente la nariz.





#### Colocación del amplificador

- El amplificador debe estar encendido en todo momento, jugando con el volumen en función del ruido.
- El micrófono ha de estar frente a la boca, como de manera habitual.
- A la hora de tomar café se debe descender levemente para evitar que se manche. En cuanto termine de dar el sorbo, se volverá a colocar.
- El entrenamiento está pensado para que Roberto sea lo más autónomo posible en esta actividad, por lo que será él quien se colocará el micrófono. Sin embargo, se solicita prestar atención en caso de descuido.



Éstas serán todas las pautas por el momento, pero seguiremos en contacto con vosotros siempre. Esperamos a conocer vuestra opinión y vuestras observaciones respecto a ellas.

Muchísimas gracias de antemano.

## Anexo 19- Cuestionario de satisfacción personal con el uso del amplificador.

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria



### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

En el siguiente cuestionario aparecen ítems divididos en dos bloques: uno relativo a aspectos sobre el uso y manejo del amplificador, y otro relacionado con aspectos relativos al habla y comunicación. Marque con una [x] la opción con la que se sienta más identificado en las siguientes cuestiones, pudiendo ser *nunca*, *casi nunca*, *a veces*, *casi siempre* o *siempre* su respuesta.

#### BLOQUE I: ASPECTOS RELATIVOS AL USO Y MANEJO DEL AMPLIFICADOR

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Llevo puesto el amplificador todo el día <div></div>					
Me resulta cómodo el amplificador <div></div>					
Su funcionamiento me parece sencillo (encendido – apagado, regular el volumen, colocación del micrófono...) <div></div>					
Puedo usar el amplificador yo solo. <div></div>					

**Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**

<p>Puedo realizar el mantenimiento (limpieza, ponerlo a cargar, guardarlo en un lugar seguro o concreto...) yo solo.</p> <div></div>					
<p>Creo que conlleva esfuerzo su mantenimiento.</p> <div></div>					
<p>No recuerdo dónde he dejado el amplificador.</p> <div></div>					
<p>Hay situaciones en las que me resulta complicado llevar puesto el amplificador</p> <div></div>					
<p>Me resulta posible comunicarme con todas las personas (familia, amigos, profesionales, desconocidos... y en todos los contextos (familiar, rehabilitador, social...)</p> <div></div>					

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernát-Cantabria

**BLOQUE II: ASPECTOS RELATIVOS AL HABLA Y NIVEL COMUNICATIVO**

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
<p>Uso el amplificador diariamente para comunicarme.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>					
<p>Hablar me conlleva menor esfuerzo</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>					
<p>Participo más en conversaciones</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>					
<p>Tengo motivación por seguir trabajando en mejorar la voz y el habla</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>					
<p>Sigo sintiendo que no se me entiende bien al</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>					

**Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**

hablar					
Tengo que repetir menos que antes lo que digo  					
Se me oye, pero me cuesta aumentar la intensidad de mi voz  					
Aún con el volumen máximo del amplificador en momentos, no se me oye  					
Cuando hablo más despacio me entienden mejor  					
El acoplamiento del sonido del amplificador (pitidos) me molesta para hablar  					
Siento que tengo más ganas de comunicarme					

**Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**



<div data-bbox="248 481 751 636" style="border: 1px solid black; height: 69px; width: 315px;"></div>					
<p>Dependo menos de otra persona para comunicarme</p> <div data-bbox="248 770 751 922" style="border: 1px solid black; height: 68px; width: 315px;"></div>					
<p>Después de realizar los ejercicios de voz y habla se me entiende mejor con el amplificador</p> <div data-bbox="248 1012 751 1167" style="border: 1px solid black; height: 69px; width: 315px;"></div>					
<p>Me apetece realizar más actividades sociales desde que uso del amplificador</p> <div data-bbox="248 1283 751 1438" style="border: 1px solid black; height: 69px; width: 315px;"></div>					
<p>Mantengo más conversaciones sobre mis temas de interés</p> <div data-bbox="248 1543 751 1693" style="border: 1px solid black; height: 67px; width: 315px;"></div>					

**BLOQUE III: NIVEL EMOCIONAL**

**Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Observaciones
<p>Mi estado de ánimo ha mejorado con el amplificador</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>						
<p>Me siento más motivado desde que hago uso del amplificador</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>						
<p>Considero que el amplificador ha sido un avance en mi vida diaria</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>						
<p>Los mensajes que me transmite mi familia o amigos sobre mi progreso son positivos</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>						
<p>Considero que mis familiares y amigos se han implicado en este proceso</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>						
<p>Considero que mis familiares y amigos han comprendido mi enfermedad y sus síntomas</p>						

**Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria**

PRODA

Programa Docente Asistencial

Considero que mis familiares y amigos se han esforzado en comprenderme y tener más conversaciones conmigo						
Tenía mayores expectativas en el uso del amplificador						



## Anexo 20- Cuestionario de satisfacción con el uso del amplificador para familiares y amigos.

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernát-Cantabria



### ¡Estimada familia y amigos de caso 11!

De nuevo, nos ponemos en contacto con ustedes desde del Programa Docente Asistencial (PRODA) de las Escuelas Universitarias Gimbernát-Cantabria, en Torrelavega.

Como ya saben, desde principios de este curso hemos trabajado con Roberto en la implantación de un Sistema Aumentativo de Comunicación, en concreto un amplificador, y su posterior entrenamiento.

Teniendo en cuenta que llevamos un tiempo trabajando en esta misma línea nos gustaría conocer cómo se encuentra Roberto actualmente a nivel comunicativo y emocional, para tomar una determinación en nuestra línea de trabajo.

Es por esta razón, que necesitamos de su ayuda y colaboración para realizar una valoración relativa a estos aspectos mencionados. Para ello les solicitamos que rellenen este cuestionario que nos será de gran ayuda.

De nuevo, agradecerles su disposición y ayuda.

Un afectuoso saludo.

- Fecha: \_\_\_\_\_
- Relación con el paciente: familiar/amigo/otros
- En caso de ser familiar, especificar parentesco: \_\_\_\_\_

#### Funcionamiento del cuestionario:

Para cada oración usted va a encontrar 5 posibilidades de respuesta; *nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre*, seleccione la casilla que más corresponda con su opinión.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Observaciones
Mi familiar o amigo ha utilizado el amplificador diariamente						
He mantenido más conversaciones con mi familiar o amigo desde que hace uso del amplificador						

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria

He visto en mi familiar o amigo más iniciativa para llevar a cabo conversaciones						
He visto en mi familiar o amigo más ganas de comunicarse						
He visto en mi familiar o amigo un cambio desde que hace uso del amplificador						
Veó a mi familiar o amigo más motivado y con más predisposición para realizar actividades						
He percibido que mi familiar o amigo se desenvolvía de una manera más autónoma						
He visto a mi familiar o amigo usar el amplificador en diferentes contextos						
Mi familiar o amigo se sentía cómodo usando el amplificador en sitios públicos						
He intentado potenciar que mi familiar o amigo se comunique más						
He participado en el trabajo sobre la voz y el habla con mi familiar o amigo						
He observado que mi familiar o amigo pone en marcha estrategias para potenciar su voz						
He comprendido cómo se maneja el amplificador de mi familiar o amigo						
En ocasiones he observado frustración en mi familiar o amigo						
He seguido solicitando repeticiones a mi familiar o amigo para comprender lo que decía						
He observado que con el amplificador su volumen ha ascendido, sin embargo, en						

Alumnos del Programa Docente Asistencial (PRODA) del Grado de Logopedia:  
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria



muchas ocasiones sigo sin comprender lo que dice						
Con el uso del amplificador he percibido un incremento en la autoestima de mi familiar o amigo						
Tenía más expectativas con la implantación del amplificador						
Considero que los síntomas de la enfermedad han empeorado y esto ha condicionado el uso del amplificador						
Considero que para mi familiar o amigo ha sido de gran ayuda el uso del amplificador						